



**ANDREIA FILIPA  
ANTUNES MOURA**

**TURISMO ACESSÍVEL: RECURSO DE *COPING*  
PARA GERIR O STRESS NA INCAPACIDADE**



**ANDREIA FILIPA  
ANTUNES MOURA**

**TURISMO ACESSÍVEL: RECURSO DE *COPING*  
PARA GERIR O STRESS NA INCAPACIDADE**

Tese apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Doutor em Turismo, realizada sob a orientação científica da Doutora Elisabeth Kastenholtz, Professora Associada do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro e da Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à **minha família**, sem ela nada seria possível...

## **o júri**

presidente

**Prof. Doutor José Rodrigues Ferreira Rocha**  
Professor Catedrático da Universidade de Aveiro

**Prof. Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira**  
Professora Associada com Agregação da Universidade de Aveiro (Co-Orientadora)

**Prof. Doutora Ana Maria Alves Pedro Ferreira**  
Professora Associada da Universidade de Évora

**Prof. Doutora Elisabeth Kastenholz**  
Professora Associada da Universidade de Aveiro (Orientadora)

**Prof. Doutora Adília Rita Cabral de Carvalho Viana Ramos**  
Professora Coordenadora do Instituto Politécnico de Coimbra

**Prof. Doutor Paulo Nuno Maia de Sousa Nossa**  
Professor Auxiliar da Faculdade de Letras da Universidade de Coimbra

**Prof. Doutora Teresa Margarida Moreira Freire Barbas de Albuquerque**  
Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho

**Prof. Doutora Maria Celeste de Aguiar Eusébio**  
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

## agradecimentos

O trabalho que se apresenta pretende ser mais do que uma investigação acerca do turismo acessível ou sobre a importância que o turismo assume como mecanismo de *stress-coping* para as pessoas com incapacidade. Este trabalho é um alerta ou um sinal de despertar para as mentalidades das sociedades contemporâneas, rasgando novos trilhos de inclusão e integração. Deste modo, aliando conceitos tão em voga e ainda tão difusos, como o turismo, a incapacidade e o *stress*, constroem-se pontes, não só de conhecimento, mas, principalmente, de crescimento.

O crescimento implica mudança, transformação, aprendizagem e evolução. É o que está a acontecer nas nossas sociedades e foi também o que aconteceu ao longo do desenvolvimento deste trabalho. É, igualmente, certo que há ainda muito para aprender, mas o que já se evoluiu até aqui deve-se a algumas pessoas que sustentaram esse crescimento.

Assim, deixo um agradecimento especial:  
à minha Orientadora, Prof. Doutora Elisabeth Kastenholz, por me ter amparado nas várias etapas do crescimento;  
à minha Co-Orientadora, Prof. Doutora Anabela Pereira, pela escolha de uma temática tão pertinente;  
às minhas colegas e amigas Maria João Rodrigues, Joana Lima e Mariana Carvalho, pelo auxílio e pelo companheirismo;  
à minha Mãe e ao meu Pai, pelo apoio incondicional;  
ao Sérgio, pela compreensão.

A todos, MUITO OBRIGADA.

## palavras-chave

Turismo Acessível, Incapacidade, Stress-*Coping*

## resumo

As sociedades contemporâneas testemunham os efeitos negativos do stress sobre a saúde, existindo evidências empíricas do relacionamento recíproco entre stress e doença (infecciosas, crónicas, cardiovasculares, cancro) (Iwasaki & Mannell, 2000). Por outro lado, Walden (2007) sublinha que o stress varia de acordo com as circunstâncias de vida e Rode et al. (2012) acrescentam que as pessoas com incapacidade apresentam taxas mais elevadas de problemas de saúde relacionados com o stress do que a população em geral. Neste contexto, surge o lazer como mecanismo de *coping*, como instrumento restaurador e benéfico para a saúde (Caldwell, 2005; Wijndaele et al., 2007). Assim, considerando o turismo como uma marcante atividade recreacional em tempo de lazer na vida das pessoas, e uma oportunidade de relaxamento e interação social (Richards, et al., 2010), pensou-se na possibilidade do turismo acessível ser um recurso de *coping* para gerir o stress na incapacidade.

É com base na atualidade e pertinência destas reflexões que se estabeleceram duas metas para este trabalho: compreender o relacionamento entre turismo, stress e *coping* para os indivíduos com incapacidade, e desenvolver bases empíricas para fins terapêuticos e para o desenvolvimento de novos produtos turísticos, numa lógica biopsicossocial (biológica ou física, psicológica e social). Especificamente, pretende-se identificar fontes de stress para as pessoas com incapacidade e as suas respostas de coping, e explicar como o turismo atua nas dimensões biopsicossociais do stress-*coping*.

Para atingir estes objetivos utilizou-se uma metodologia mista, suportada por uma revisão de literatura aprofundada, que consistiu na realização de um estudo qualitativo e outro quantitativo. No primeiro, recorreu-se à técnica de *focus groups* para cada tipo de incapacidade em análise, motora (N=6), auditiva (N=7) e visual (N=6), e no segundo, procedeu-se à aplicação de inquéritos por questionário a pessoas com incapacidade motora e sensorial (N=306), cujo questionário consistiu na adaptação e ajuste das ECL (Escala de *Coping* através do Lazer) ao contexto do Turismo Acessível.

Os resultados indicam que a principal fonte de stress dos indivíduos com incapacidade é a própria incapacidade em conjugação com a sociedade, demonstrando-se a prevalência de estratégias baseadas na interação social para a resolução de problemas, em detrimento de outras. Por sua vez, apuram-se os benefícios do turismo, cujas mais-valias no âmbito das dimensões biopsicossociais destes indivíduos em particular, são também discutidas. Conclui-se, portanto, que o turismo acessível é um novo formato de stress-*coping* para a população com incapacidade, suportando o reequilíbrio e harmonização dos seus recursos pessoais e sociais, contribuindo positivamente para a sua saúde e bem-estar global, servindo de base ao desenvolvimento de novos produtos turísticos adequados e direcionados para as necessidades específicas desta população e ao planeamento de intervenções terapêuticas alternativas no contexto da sua reabilitação.

## **keywords**

Accessible Tourism, Disability, Stress-Coping

## **abstract**

Contemporary societies witness negative effects of stress on people's health, existing consistent empirical evidence of a reciprocal relationship between stress and disease (infectious, chronic, cardiovascular, cancer) (Iwasaki & Mannell, 2000). On the other hand, Walden (2007) states that stress varies according to life circumstances and Rode et al. (2012) add that people with disabilities have higher rates of health problems related to stress than the general population. In this context, leisure emerges as a coping mechanism, as a restorative and beneficial tool for health (Caldwell, 2005; Wijndaele et al., 2007). So, considering tourism an impactful recreational activity in people's lives, and an opportunity for relaxation that promotes change in routine and social interaction (Richards et al., 2010), accessible tourism was considered a potential resource for coping and stress management within disability.

Given the timeliness and relevance of these reflections, were defined two general goals for this thesis: understanding the relationship between tourism, stress and coping for individuals with disabilities, and to developing an empirical basis for therapeutic purposes and for development of new tourism products, in a biopsychosocial (biological or physical, psychological and social) framework. Specifically, we intend to identify stress sources for disabled people and their coping responses, and explain how tourism operates in the biopsychosocial dimensions of stress-coping. To achieve these goals we used a mixed methodology, supported by a detailed literature review, which consisted of a qualitative and quantitative study. In the first study, we used the focus groups technique for each type of disability in analysis, mobility (N=6), hearing (N=7) and visual (N=6), and the second study, involved a survey of people with disabilities (N=306), whose questionnaire consisted in adapting the LCS (Leisure Coping Scales) to the Accessible Tourism context.

The results suggest that the main source of stress for individuals with disabilities is the disability itself in association with society, demonstrating the prevalence of coping strategies based on social interaction to solve stress problems. Additionally, tourism benefits and its positive influence on these individuals' biopsychosocial dimensions are identified and discussed. Lastly, it is concluded that accessible tourism should be recognized as a new stress-coping resource for disabled people, supporting the rebalancing and harmonizing their personal and social resources, positively contributing to their overall health and well-being, while simultaneously, serving as basis for the development of new tourism products targeted to a population with special needs, and for accurate planning of alternative therapeutic interventions in the context of their rehabilitation.





## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b>	1
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b>	5
<b>CAPÍTULO I – O <i>STRESS-COPING</i></b>	7
<b>1.1 Abordagem teórica ao conceito de <i>stress</i></b>	8
<b>1.1.1 Circunstâncias indutoras de <i>stress</i></b>	11
<b>1.1.2 Respostas do indivíduo ao <i>stress</i></b>	14
<b>1.2 Conceptualização de <i>stress-coping</i></b>	16
<b>1.3 Modelos de <i>coping</i></b>	18
<b>1.4 Estratégias e categorias de <i>coping</i></b>	21
<b>1.5 A multidisciplinaridade do estudo do <i>stress-coping</i></b>	22
<b>1.6 Síntese conclusiva</b>	24
<b>CAPÍTULO II – A PESSOA COM INCAPACIDADE MOTORA E SENSORIAL</b>	26
<b>2.1 A evolução do conceito de incapacidade</b>	28
<b>2.2 Classificação de incapacidade</b>	31
<b>2.2.1 Modelos explicativos do fenómeno da incapacidade</b>	34
<b>2.2.1 A utilização da CIF para os níveis e tipos de incapacidade</b>	40
<b>2.3 A pessoa com incapacidade no Mundo e na Europa</b>	43
<b>2.4 A situação da incapacidade em Portugal</b>	45
<b>2.5 Condicionantes à participação social ativa</b>	50
<b>2.6 Síntese conclusiva</b>	52
<b>CAPÍTULO III – O TURISMO ACESSÍVEL</b>	55
<b>3.1 Clarificação do conceito de turismo acessível</b>	57
<b>3.1.1 A relevância do turismo acessível nas sociedades contemporâneas</b>	58
<b>3.2 Perfil e comportamento de viagem dos turistas com incapacidade</b>	60
<b>3.2.1 Perfil sociodemográfico</b>	62
<b>3.2.2 Comportamento de viagem</b>	63
<b>3.3 Constrangimentos à participação no turismo</b>	68
<b>3.3.1 Constrangimentos intrínsecos ou internos</b>	71
<b>3.3.1.1 Atitudes (do próprio)</b>	72
<b>3.3.1.2 Dependência ou défice de capacidades</b>	74
<b>3.3.1.3 Problemas de saúde</b>	75
<b>3.3.1.4 Dependência física e psicológica em relação a outros</b>	75
<b>3.3.1.5 Falta de conhecimento/ informação</b>	76
<b>3.3.2 Constrangimentos interativos</b>	79
<b>3.3.2.1 Dificuldades de comunicação</b>	79
<b>3.3.2.2 Inconsistência de capacidades reais e percecionadas</b>	80

3.3.3	Constrangimentos extrínsecos, ambientais ou externos .....	82
3.3.3.1	Atitudes (dos pares).....	82
3.3.3.2	Constrangimentos físicos ou arquitetónicos .....	85
3.3.3.3	Financeiros .....	87
3.4	Benefícios da participação no turismo por pessoas com incapacidade motora e sensorial .....	90
3.5	Síntese conclusiva .....	92
CAPÍTULO IV – O STRESS-COPING APLICADO AO TURISMO ACESSÍVEL.....		95
4.1	A ligação entre os conceitos de <i>stress</i> , <i>coping</i> e turismo acessível .....	97
4.2	As circunstâncias indutoras de stress no indivíduo com incapacidade motora e sensorial .....	99
4.3	A importância das estratégias de <i>coping</i> para as populações com incapacidade motora e sensorial.....	100
4.4	O lazer enquanto estratégia de <i>coping</i> .....	102
4.5	O turismo acessível como instrumento de <i>stress-coping</i> para as populações com incapacidade .....	105
4.6	Síntese conclusiva .....	110
CAPÍTULO V – REVISÃO DE ESTUDOS QUE INTEGRAM AS VARIÁVEIS: STRESS, COPING, LAZER, TURISMO E INCAPACIDADE .....		112
5.1	Estudos que cruzam stress, <i>coping</i> e lazer .....	113
5.2	Estudos que cruzam stress, <i>coping</i> e incapacidade.....	130
5.3	Estudos que cruzam stress, <i>coping</i> , lazer e incapacidade.....	139
5.4	Estudos que cruzam stress, <i>coping</i> e turismo .....	146
5.5	Síntese conclusiva .....	150
PARTE II – CONTRIBUTO EMPÍRICO.....		152
CAPÍTULO VI – METODOLOGIA .....		154
6.1	Problematização do objeto de estudo.....	156
6.2	Objetivos .....	157
6.3	Modelo conceptual e hipóteses .....	158
6.4	População alvo e amostra .....	176
6.5	Desenho da investigação .....	178
6.5.1	Etapas .....	179
6.5.2	Instrumentos de avaliação .....	180
6.5.2.1	<i>Focus groups</i> .....	181
6.5.2.2	Escala de <i>coping</i> através do lazer (ECL) .....	182
6.6	Análise de dados .....	184
6.6.1	Qualitativa .....	184
6.6.2	Quantitativa.....	186
6.7	Síntese conclusiva .....	187

CAPÍTULO VII – RESULTADOS .....	189
7.1    Estudo qualitativo - Identificação das principais fontes de stress, para os indivíduos com incapacidade motora e sensorial, e das suas respostas de <i>coping</i> .....	191
7.1.1    Resultados da análise de conteúdo .....	192
7.2    Estudo quantitativo - Adaptação, validação e interpretação das ECL (Escala de <i>Coping</i> através do Lazer) em contexto de Turismo Acessível, para uma população com características muito específicas: a população com incapacidade motora e sensorial.....	202
7.2.1    Perfil da amostra .....	204
7.2.2    Adaptação das ECL à População com Incapacidade: análise fatorial confirmatória.....	207
7.2.3    Resultados da análise univariada.....	217
7.2.4    Resultados da análise de correlação .....	224
7.2.5    Resultados da análise bivariada.....	229
7.3    Síntese conclusiva .....	261
CAPÍTULO VIII – DISCUSSÃO.....	262
8.1    Discussão do estudo qualitativo - Identificação das principais fontes de stress, para os indivíduos com incapacidade motora e sensorial, e das suas respostas de <i>coping</i> .....	263
8.2    Discussão do estudo quantitativo - Adaptação, validação e interpretação das ECL (Escala de <i>Coping</i> através do Lazer) em contexto de Turismo Acessível, para uma população com características muito específicas: a população com incapacidade motora e sensorial.....	266
8.3    Síntese conclusiva .....	271
CAPÍTULO IX – CONCLUSÕES.....	272
9.1    Principais conclusões.....	274
9.2    Implicações teóricas e práticas .....	279
9.3    Limitações .....	282
9.4    Investigações futuras.....	282
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	284
ANEXOS .....	300
ANEXO A – Publicações on-line do Questionário aplicado a Indivíduos com Incapacidade Motora e Sensorial, em sites de associações, blogs e fóruns de discussão subordinados à incapacidade .....	301
ANEXO B – Guião de Focus Group aplicado aos grupos com Incapacidade Motora, Auditiva e Visual .....	303
ANEXO C – Questionários aplicados aos indivíduos com Incapacidade Motora, Auditiva e Visual.....	305
ANEXO D – Questionários adaptados aos indivíduos com Incapacidade Visual, para preenchimento virtual .....	309
ANEXO E – <i>Outputs</i> da Análise Fatorial Confirmatória: ECCL-TA.....	317

ANEXO F – <i>Outputs</i> da Análise Fatorial Confirmatória: EECL-TA .....	324
ANEXO G – Tabelas da análise de correlação entre a ECCL-TA, as suas subdimensões, e os seus respetivos itens de medição .....	329
ANEXO H – Tabelas da análise de correlação entre a EECL-TA, as suas dimensões, e os seus respetivos itens de medição .....	331
ANEXO I – Tabelas da análise bivariada da ECCL-TA com resultados sem significância .....	333
ANEXO J – Auxiliar de Leitura Destacável: Modelo Conceptual, Hipóteses de Investigação e ECL-TA.....	335

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição da população com incapacidade em Portugal, por tipo de incapacidade .....	45
<b>Gráfico 2</b> - Tipo de dificuldade na realização das atividades diárias .....	46
<b>Gráfico 3</b> - Taxas de incidência de incapacidade segundo o tipo, por grupos etários, em Portugal .....	47
<b>Gráfico 4</b> - Índice de envelhecimento em 2011, por NUT II .....	48
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição das pessoas com incapacidade por faixas etárias (%) .....	48
<b>Gráfico 6</b> - Caracterização da amostra por tipo de incapacidade.....	204
<b>Gráfico 7</b> - Situação profissional dos inquiridos .....	205

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> – Modelo compreensivo do stress .....	13
<b>Figura 2</b> – Processo simplificado de resposta ao stress .....	15
<b>Figura 3</b> – Modelo de stress- <i>coping</i> de Lazarus & Folkman (1984) .....	18
<b>Figura 4</b> – Modelo de stress- <i>coping</i> de Rudolph, Denning & Weisz (1995) .....	19
<b>Figura 5</b> - Modelo MASH – Multisystem Assessment of Stress and Health (1995).....	20
<b>Figura 6</b> - Níveis de experiência de uma deficiência.....	30
<b>Figura 7</b> - Interações entre os componentes da CIF .....	32
<b>Figura 8</b> – Modelo médico versus modelo social .....	38
<b>Figura 9</b> - Tipologia de constrangimentos à participação da pessoa com incapacidade no turismo.....	70
<b>Figura 10</b> - Benefícios do turismo para pessoas com incapacidade.....	91
<b>Figura 11</b> - Relevância da questão de partida do modelo conceptual .....	159
<b>Figura 12</b> – Modelo Conceptual .....	160
<b>Figura 13</b> - O papel do turismo no processo de stress .....	182
<b>Figura 14</b> - Resumo da metodologia utilizada na investigação.....	188
<b>Figura 15</b> - Modelo de análise dos <i>focus groups</i> .....	191
<b>Figura 16</b> – Representação Esquemática dos resultados da AFC para a ECCL-TA .....	212
<b>Figura 17</b> - Representação Esquemática dos resultados da AFC para a EECL-TA .....	216
<b>Figura 18</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da ECCL-TA para a variável “Tipo de Incapacidade” .....	236
<b>Figura 19</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Autodeterminação para a variável “Tipo de Incapacidade” .....	237
<b>Figura 20</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão <i>Empowerment</i> para a variável “Tipo de Incapacidade” .....	237
<b>Figura 21</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Autoestima para a variável “Tipo de Incapacidade” .....	238
<b>Figura 22</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Ajuda Tangível para a variável “Tipo de Incapacidade” .....	238

<b>Figura 23</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Suporte Informativo para a variável “Tipo de Incapacidade” .....	239
<b>Figura 24</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão de Suporte Informativo para a variável “Estado Civil” .....	240
<b>Figura 25</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da ECCL-TA para a variável “Rendimento” .....	242
<b>Figura 26</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão <i>Empowerment</i> para a variável “Rendimento” .....	243
<b>Figura 27</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Suporte Informativo para a variável “Rendimento” .....	244
<b>Figura 28</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da EECL-TA para a variável “Tipo de Incapacidade” .....	252
<b>Figura 29</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da EECL-TA para a variável “Estado Civil” .....	253
<b>Figura 30</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Companheirismo da EECL-TA para a variável “Estado Civil” .....	254
<b>Figura 31</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Estratégia Paliativa da EECL-TA para a variável “Estado Civil” .....	255
<b>Figura 32</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Humor Positivo da EECL-TA para a variável “Habilitações Literárias” .....	256
<b>Figura 33</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da EECL-TA para a variável “Rendimento” .....	258
<b>Figura 34</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Companheirismo da EECL-TA para a variável “Rendimento” .....	259
<b>Figura 35</b> - Teste de <i>Dunn</i> das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Estratégia Paliativa da EECL-TA para a variável “Rendimento” .....	260
<b>Figura 36</b> - Modelo conceptual teórico integrativo da investigação efetuada .....	280

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> – Visão geral da CIF .....	33
<b>Tabela 2</b> – Domínios de classificação da CIF .....	41
<b>Tabela 3</b> – Qualificadores da CIF .....	41
<b>Tabela 4</b> - Distribuição da população com e sem incapacidade, dos 25 aos 70 anos, de acordo com o nível de escolaridade.....	49
<b>Tabela 5</b> - Taxas de Atividade, Emprego e Desemprego da população com e sem incapacidade .....	49
<b>Tabela 6</b> - Distribuição da população com incapacidade de acordo com o nível de rendimento líquido mensal do agregado familiar .....	50
<b>Tabela 7</b> - Estudos analisados acerca do perfil do visitante com incapacidade .....	61
<b>Tabela 8</b> - Perfil e comportamento em viagem do turista com incapacidade .....	67
<b>Tabela 9</b> - Constrangimentos intrínsecos e propostas de minimização dos seus efeitos .....	78
<b>Tabela 10</b> - Constrangimentos interativos e propostas de minimização dos seus efeitos .....	81
<b>Tabela 11</b> - Constrangimentos extrínsecos e propostas de minimização dos seus efeitos .....	89
<b>Tabela 12</b> - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, <i>coping</i> e lazer .....	115
<b>Tabela 13</b> - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress e <i>coping</i> , aplicadas à população com incapacidade .....	131
<b>Tabela 14</b> - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, <i>coping</i> , lazer e incapacidade .....	141
<b>Tabela 15</b> – Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, <i>coping</i> e turismo .....	147
<b>Tabela 16</b> - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização .....	162

<b>Tabela 17</b> – Caraterísticas genéricas da Amostra.....	178
<b>Tabela 18</b> - Perfil dos participantes nos <i>focus groups</i> realizados .....	193
<b>Tabela 19</b> - Circunstâncias indutoras de stress por tipo de incapacidade .....	196
<b>Tabela 20</b> - Os contributos do turismo como ação de <i>coping</i> preferencial para os indivíduos com incapacidade .....	198
<b>Tabela 21</b> - Severidade da incapacidade .....	205
<b>Tabela 22</b> – Dados sociodemográficos da amostra .....	206
<b>Tabela 23</b> - Índices de ajustamento e fiabilidade da ECCL total e escalas retificadas .....	209
<b>Tabela 24</b> – Escala ECCL versus Escala ECCL-TA.....	210
<b>Tabela 25</b> - Índices de ajustamento e fiabilidade da EECL total e escalas retificadas .....	214
<b>Tabela 26</b> – Escala EECL versus Escala EECL-TA.....	215
<b>Tabela 27</b> - Análise univariada dos itens da escala ECCL-TA.....	220
<b>Tabela 28</b> - Análise univariada dos itens da escala EECL-TA .....	222
<b>Tabela 29</b> - Resultados descritivos das dimensões e subdimensões das ECL .....	223
<b>Tabela 30</b> - Correlação entre subdimensões e escala total ECCL-TA.....	227
<b>Tabela 31</b> - Correlação entre dimensões e escala total EECL-TA.....	229
<b>Tabela 32</b> - Medidas de tendência central da ECCL-TA .....	231
<b>Tabela 33</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Tipo de Incapacidade” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA.....	232
<b>Tabela 34</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Estado Civil” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA .....	233
<b>Tabela 35</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Parentalidade” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA.....	234
<b>Tabela 36</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Rendimento” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA .....	235
<b>Tabela 37</b> - Medidas de tendência central da EECL-TA .....	245
<b>Tabela 38</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Tipo de Incapacidade” e as dimensões da EECL-TA .....	246
<b>Tabela 39</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Género” e as dimensões da EECL-TA .....	247
<b>Tabela 40</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Estado Civil” e as dimensões da EECL-TA.....	248
<b>Tabela 41</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Parentalidade” e as dimensões da EECL-TA .....	249
<b>Tabela 42</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Habilitações Literárias” e as dimensões da EECL-TA.....	250
<b>Tabela 43</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Rendimentos” e as dimensões da EECL-TA .....	251
<b>Tabela 44</b> - Correlação entre itens da subdimensão Autodeterminação da ECCL-TA.....	329
<b>Tabela 45</b> - Correlação entre itens da subdimensão <i>Empowerment</i> da ECCL-TA.....	329
<b>Tabela 46</b> - Correlação entre itens da subdimensão Suporte Emocional da ECCL-TA.....	329
<b>Tabela 47</b> - Correlação entre itens da subdimensão Autoestima da ECCL-TA .....	330
<b>Tabela 48</b> - Correlação entre itens da subdimensão Ajuda Tangível da ECCL-TA .....	330
<b>Tabela 49</b> - Correlação entre itens da subdimensão Suporte Informativo da ECCL-TA.....	330
<b>Tabela 50</b> - Correlação entre itens da dimensão Companheirismo da EECL-TA.....	331
<b>Tabela 51</b> - Correlação entre itens da dimensão Estratégia Paliativa da EECL-TA .....	331
<b>Tabela 52</b> - Correlação entre itens da dimensão Humor Positivo da EECL-TA.....	332
<b>Tabela 53</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Género” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA .....	333
<b>Tabela 54</b> - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Habilitações Literárias” com as dimensões e subdimensões da ECCL-TA.....	334

## Glossário

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AGFI – *Adjustment Goodness of Fit Index*

APPTA – Associação Portuguesa de Turismo Acessível

AVD – Atividades de Vida Diária

CE – Comissão Europeia

CESE – Comité Económico e Social Europeu

CFI – *Comparative Fit Index*

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CRPG – Centro de Reabilitação Profissional de Gaia

DCMS – *Department for Culture, Media and Sports (from Visit Britain)*

DDA – *Disability Discrimination Act*

DP – Desvio Padrão

ECL – Escalas de *Coping* através do Lazer

ECCL – Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer

EECL – Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer

ECL - TA – Escalas de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível

ECCL - TA – Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível

EECL - TA – Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível

ENAT - *European Network for Accessible Tourism*

FAAR – *Family Adjustment and Adaptation Response*

GFI – *Goodness of Fit Index*

ICIDH – *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens)

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – Instituto Nacional de Reabilitação

KW – teste *Kruskal Wallis*

MASH – *Multisystem Assessment of Stress and Health*

MTO - *Ministry of Tourism of Ontario*

MTSS – Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

NNFI – *Non-Normed Fit Index*

NUT – Nomenclatura de Unidade Territorial

OMS – Organização Mundial de Saúde

OMT – Organização Mundial de Turismo

RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*

TQ – *Tourism of Queensland*

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

UNWTO - *United Nations World Tourism Organization*

**NOTA:** para apoiar a leitura deste trabalho propõe-se a consulta do Anexo J – Auxiliar de Leitura Destacável: Modelo Conceptual, Hipóteses de Investigação e ECL-TA.



# INTRODUÇÃO

---

## Introdução

O stress<sup>1</sup> afeta negativamente a vida de muitas pessoas na sociedade moderna, causando mal-estar e doenças, deteriorando o desempenho diário e diminuindo toda a qualidade de vida. A população com incapacidade estará, provavelmente, mais exposta a diferentes e mais intensas circunstâncias indutoras de stress, que poderão causar uma instabilidade, ainda mais severa, ao nível dos seus recursos mentais, psicológicos, emocionais e até físicos.

As evidências empíricas demonstram que o lazer suscita sentimentos de liberdade e desenvolvimento pessoal, ilustrando o seu potencial para a redução e controlo do stress, pela indução de interação social, emoções positivas, e do *coping*<sup>2</sup> face a situações de stress (Folkman & Moskowitz, 2004). Como o turismo é reconhecido como uma fonte de impactos positivos, de longo-prazo, na qualidade de vida dos seus participantes (Neal, Uysal, & Sirgy, 2007) sendo também associado à redução do stress, decidiu-se estudar os aspetos intrínsecos desta atividade para o combate ao stress, na perspetiva das pessoas com incapacidade.

O conceito de stress foi introduzido pela primeira vez em investigação científica e de forma sistemática através de Selye (Selye, 1974), descrevendo o stress como uma experiência positiva (*eustress*) ou negativa (*distress*), fundamental para que o indivíduo reaja às situações do dia-a-dia (Selye, 1974). O stress define-se, portanto, como uma situação de interligação particular entre a pessoa e o meio ambiente, onde a avaliação da situação pelo indivíduo é identificada como uma ameaça ao seu bem-estar, já que excede os seus recursos e estratégias para lidar com essa circunstância (Lazarus & Folkman, 1984; Vaz Serra, 1999).

Para lidar com o stress o indivíduo recorre a estratégias de *coping* que poderão ser dirigidas para a resolução do problema, controlo da emoção ou para aspetos da interação social. O *coping* ou *stress-coping* resume-se, então, às tentativas cognitivas e comportamentais que o indivíduo põe em prática para lidar com situações indutoras de stress, isto é, de dano, ameaça ou desafio (Pereira, 2001), para gerir exigências específicas, internas ou externas, que sobrecarregam ou desafiam os seus recursos (Lazarus, 1993).

Assim, o stress tem vindo a ser alvo de abordagens distintas, nomeadamente referente: às situações que o determinam; às respostas que induz no indivíduo (ao nível biológico, psicológico e/ou social) e à forma como o indivíduo qualifica as exigências da sua envolvente e desenvolve os meios para as enfrentar (Lazarus, 1993). Neste caso, envereda-se pela última linha de

---

1 O Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea (2001) e o Dicionário Priberam de Língua Portuguesa (2014) registam a forma “stress” no português de Portugal e “estresse” no português do Brasil, desta maneira, adota-se para a presente tese a forma “stress” em português de Portugal.

2 *Coping* é uma derivação do verbo inglês “to cope”, não existindo equivalência direta da palavra em português de Portugal, utilizando-se com regularidade nos âmbitos científicos da psicologia e da saúde. Por esta razão, utiliza-se, ao longo desta investigação, o estrangeirismo *coping* com o significado de ação de lidar de forma ajustada e eficaz com uma situação de stress (Lazarus & Folkman, 1984).

investigação identificada, tendo como base modelos explicativos de stress, de natureza interacionista, valorizando a interação entre o indivíduo e a sua envolvente.

Estudos recentes comprovam a relação entre a emoção positiva e o *coping* (Folkman & Moskowitz, 2004). A análise do processamento de emoções positivas, em vários contextos, confirmou que o indivíduo adquire estratégias cognitivas fortalecidas que facilitam os processos de lidar com o stress como elementos de mudança e desenvolvimento. O lazer como gerador de emoções positivas poderá ser um instrumento de grande importância na forma como as pessoas lidam com o stress e mantêm ou melhoram o seu bem-estar (Coleman & Isoahola, 1993; IsoAhola & Park, 1996). Vários autores referem que o lazer gera apoio social e contribui para o aumento da capacidade de autodeterminação, proporcionando ao indivíduo uma perceção de liberdade e controlo, essenciais ao *stress-coping* (Iwasaki & Mannell, 2000; Kleiber, Hutchinson, & Williams, 2002; Schneider & Iwasaki, 2003). No contexto da incapacidade, Hutchinson, Loy, Kleiber, & Dattilo (2003) consideram *coping* sinónimo de viver. Estes autores provaram ainda que as atividades de lazer para pessoas com incapacidade serviam duas funções fundamentais: atenuar fatores stressantes imediatos e criar motivação para sustentar futuros esforços de *coping*.

O turismo de lazer acessível, adotado como principal enfoque desta tese, que considera o turismo acessível como uma forma recreacional específica do tempo de lazer, repercute efeitos positivos no desenvolvimento dos seus participantes a vários níveis, e de forma mais intensa para as pessoas com incapacidade (Shaw & Coles, 2004), sabendo-se que poderá promover emoções positivas, servindo assim as funções acima identificadas e, conseqüentemente, afirmar-se como uma ferramenta de *stress-coping* ou um método de controlo do stress, com particular relevância para esta população.

Os hiatos de conhecimento e lacunas de investigação nesta área são manifestas, daí a relevância do presente estudo, na busca de conhecimento acerca das estratégias para lidar com o stress que os indivíduos com incapacidade utilizam, prevendo-se a sua contribuição para práticas saudáveis associadas à redução do stress e, por conseguinte, à promoção de qualidade de vida (Mactavish & Iwasaki, 2005), junto do público com incapacidades. Crê-se ainda, que o envolvimento deste público no turismo acessível possibilitará a sua inclusão social e o usufruto de benefícios que afetarão fortemente o seu bem-estar social, físico e psíquico, contribuindo positivamente para a sua reabilitação global (Kastenholz, Eusébio, Moura, & Figueiredo, 2010).

Deste modo, neste projeto de investigação, deseja-se desenvolver a interligação entre uma abordagem social e uma abordagem terapêutica, permitindo dar resposta a questões relacionadas com o equilíbrio e bem-estar dos indivíduos, especificamente aqueles com incapacidade motora e sensorial, perante situações limite de stress, tendo como base o contexto específico da atividade turística. Ora, este potencial envolvimento da população com incapacidade no turismo como recurso de *coping* é o que se pretende analisar, permitindo estabelecer duas grandes metas de investigação. A primeira, relacionada com a melhor compreensão das relações dinâmicas entre turismo, *stress* e *coping* para estes indivíduos. E, a segunda, com o desenvolvimento de bases empíricas que poderão apontar linhas orientadoras relevantes, não só para fins terapêuticos, mas

também para o desenvolvimento de novos produtos turísticos otimizados, numa lógica biopsicossocial. Especificamente, o presente trabalho pretende, então, clarificar as circunstâncias indutoras de stress para as pessoas com incapacidade e identificar as suas principais respostas de *coping*, bem como explicar como o turismo poderá atuar nas dimensões do *stress-coping*.

Assim, a metodologia adotada passou pela contextualização do tema em análise através da revisão de literatura, culminando num trabalho empírico, no âmbito do qual se realizaram dois estudos, um qualitativo e outro quantitativo. No estudo qualitativo efetuaram-se análises aprofundadas de discussões de *focus-groups* realizados a pessoas com incapacidade e, no estudo quantitativo, apresentaram-se os resultados da adaptação e validação das escalas de crenças e de estratégias de *coping* através do lazer, no contexto específico do turismo acessível, a sujeitos com incapacidade motora e sensorial.

Neste sentido, destacam-se como principais contributos ou resultados esperados da presente tese: a identificação das fontes de stress dos indivíduos com incapacidade motora e sensorial em Portugal; a compreensão da importância do turismo acessível como resposta de *coping* para uma população com características especiais; a clarificação dos benefícios do turismo acessível nas dimensões biopsicossociais dos sujeitos, com impacto positivo no *stress-coping*; a adaptação e validação do modelo proposto por Iwasaki & Mannel (2000), no contexto singular do turismo, para uma população particular, com incapacidade; e ainda, a proposta de utilização do turismo acessível como recurso de *stress-coping* ao nível das terapêuticas de reabilitação de indivíduos com incapacidade.

A apresentação desta investigação inicia-se, portanto, com a Parte I - Enquadramento Teórico, que se organiza em cinco capítulos. O Capítulo I clarifica conceitos e modelos ideológicos acerca do *stress-coping*, o Capítulo II caracteriza globalmente a população com incapacidade motora e sensorial, o Capítulo III conceptualiza o turismo acessível e a sua relevância, fazendo referência aos principais constrangimentos e benefícios de participação, o Capítulo IV enquadra o *stress-coping* no contexto do turismo acessível, e por fim, o Capítulo V exhibe uma revisão dos estudos que integram as variáveis: stress, *coping*, lazer e incapacidade. A segunda parte deste trabalho, denominada Parte II – Contributo Empírico, divide-se em quatro capítulos. O Capítulo VI expõe a metodologia aplicada, o Capítulo VII apresenta os resultados obtidos nos estudos realizados, o Capítulo VIII descreve a sua respetiva discussão, e por último, o Capítulo IX relata as principais conclusões, implicações, limitações e recomendações para investigações futuras.

## PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

## PARTE I – Enquadramento Teórico

Nesta primeira parte, afigura-se essencial perceber o conceito de stress, a sua origem, natureza e evolução, a maneira como se forma e desenvolve, bem como as suas implicações na vida dos indivíduos. Ao mesmo tempo, impõe-se compreender os mecanismos ou estratégias utilizadas pelos sujeitos na adaptação ou resolução de situações stressantes: o *stress-coping*. Neste âmbito, importa compreender os vários modelos de *coping*, os estilos ou estratégias de gestão do stress existentes, não esquecendo a aplicabilidade deste conceito em variadas áreas de conhecimento e a utilidade da sua análise para o caso particular de um nicho populacional, sujeito a fatores indutores de stress potencialmente distintos: as pessoas com incapacidade.

Deste modo, particulariza-se a análise do *stress-coping* para a população com incapacidade. Neste campo, realiza-se uma caracterização geral das pessoas com incapacidade alicerçada na revisão da literatura e informações da Tutela, bem como registos dos Censos, INE (Instituto Nacional de Estatística), INR (Instituto Nacional de Reabilitação), OMS (Organização Mundial de Saúde), entre outros, versando sobre a evolução do conceito de incapacidade, as classificações de incapacidade atuais e a situação desta população no Mundo, na Europa e em Portugal, especificamente a sua participação ativa na vida social, no lazer e, particularmente, no turismo.

Por sua vez, a clarificação do conceito de turismo acessível ou, hoje em dia, também denominado turismo para todos, será fulcral para o entendimento do relacionamento que se julga existir entre o *stress-coping*, o turismo praticado por pessoas com incapacidade e a forma como estas lidam com o stress. Assim, apresenta-se o perfil e comportamento de viagem do turista com incapacidade, os constrangimentos à sua participação em atividades turísticas e os benefícios dessa participação, já identificados noutros estudos.

Por fim, crê-se indispensável esclarecer de forma sistemática a potencial interligação entre os conceitos de stress, *coping*, incapacidade e turismo, daí que se vislumbra-se essencial aprofundar conhecimentos acerca do *stress-coping* aplicado ao turismo acessível, esclarecendo-se as circunstâncias indutoras de stress no indivíduo com incapacidade, a importância do *coping* para este sujeito em específico, e ainda, elucidando-se o papel do lazer enquanto estratégia de *coping*, sobretudo o turismo acessível como instrumento de *stress-coping* para as populações com incapacidade.

Em suma, explicar-se-ão os conceitos de stress e *coping*, caracterizar-se-á a população com incapacidade, descrever-se-á o que se entende por turismo acessível e aclarar-se-á de que forma se poderá aplicar o *stress-coping* ao turismo acessível.

## CAPÍTULO I – O *STRESS-COPING*

---

## Capítulo I – O Stress-Coping

Nas últimas décadas o stress tem granjeado popularidade nas ciências comportamentais e da saúde de forma genérica e dominante, contudo, a origem do termo “stress” advém da física. Na física, o stress refere-se à pressão externa aplicada a uma dada infraestrutura, permitindo a análise da sua resiliência à influência de fatores externos (Krohne, 1996a). Atualmente, e, na transição entre a física e as ciências comportamentais, o contexto e a utilização do termo stress alterou-se significativamente.

Hoje em dia, o stress e a forma como lidamos com ele são paradigmas da sociedade em que vivemos. O ambiente a que estamos sujeitos durante a nossa vivência em sociedade promove, de forma inaudita, níveis de tensão diária que geram desgastes físicos e emocionais, aos quais chamamos: stress. O stress resulta, portanto, de um conjunto complexo de fenómenos que despertam desequilíbrios e ameaçam a integridade dos indivíduos, despoletando reações orgânicas, psicológicas e comportamentais que devem ser estudadas e compreendidas.

Daí que seja fundamental conhecer estes conceitos, a sua evolução, bem como os processos que lhes são inerentes. Assim, ao longo do Capítulo I, pretende-se abordar teoricamente o conceito de stress, conceptualizando-se o *stress-coping*, não esquecendo de explicitar a sua multidisciplinaridade e consequente aplicabilidade ao nicho populacional da incapacidade e na área específica do turismo, ou seja, estudando os impactes possíveis ou os reflexos que o turismo, nesta tese considerado como actividade recreacional singular do tempo de lazer, poderá ter nos indivíduos com incapacidade.

### 1.1 Abordagem teórica ao conceito de stress

Atualmente, a compreensão do stress tem-se vindo a afirmar como um importante objeto de investigação científica, na medida em que se torna, cada vez mais, imprescindível perceber qual o seu papel na vida dos indivíduos, facilitando o entendimento e o relacionamento entre o biológico, o psicológico e o social. Hoje em dia, importa referir que o ser humano é mais vítima de si próprio, do que do meio que o rodeia, ou seja, é vítima do seu comportamento, da dieta que segue, da forma como vive e se relaciona e, principalmente, da forma como gera e se defronta com o stress. Neste sentido, torna-se imperativo conhecer o que pode constituir uma situação indutora de stress e as suas repercussões no ser humano, bem como o que há a fazer para atenuar os seus efeitos (Vaz Serra, 1999).

A palavra *stress* provém do latim *stringo*, *stringere*, *strinxi*, *strictum*, que significa apertar, comprimir ou restringir (Vaz Serra, 1999). O termo stress existe, igualmente, na língua inglesa desde o século XIV e é aplicada no âmbito da expressão de constrição ou pressão de natureza



física. No século XVII, é Robert Hooke que se refere ao stress no campo da física, referindo-se ao termo como uma carga que afeta uma determinada estrutura física (Lazarus, 1993). Porém, é no século XIX que se alarga o conceito teoricamente para outras áreas de conhecimento, designadamente a saúde, incidindo o termo igualmente sobre a mente humana.

As teorias com um enfoque específico na relação entre influências externas (fontes de stress) e os processos internos desencadeados a partir daí (stress), podem ser agrupados através de abordagens sistemáticas baseadas na biologia e na psicologia (Krohne, 1996b).

Desta forma, a primeira abordagem sistematizada ao conceito de stress foi realizada por Hans Selye, médico e investigador, que definiu o stress como uma resposta do organismo a qualquer alteração ao seu equilíbrio, de uma forma não específica (Selye, 1974), ou seja, é uma solução orgânica representada por um conjunto de defesas sanguíneas contra estímulos nocivos (stressores) que poderão, inclusivamente, ser de origem psicológica ou provenientes do ambiente em que o sujeito está inserido (Sousa, Mendonça, Zanini, & Nazareno, 2009). Este médico realizou várias experiências em animais, com o intuito de observar as suas respostas a variados estímulos externos, nomeadamente calor, frio, agentes tóxicos, entre outros, concluindo que os animais, independentemente da sua tipologia e das reações biológicas ou físicas desenvolvidas, respondiam ou manifestavam-se consistentemente e de forma “estereotipada” a todos estes estímulos (Krohne, 1996b). A esta resposta comum e específica, Selye qualificou de “stress”.

Segundo Selye (1974, 1980) o stress, num sentido biológico, é algo adjacente a qualquer estado físico produzido por modificações na composição química e estrutural do corpo e que pode ser observado direta ou indiretamente. De acordo com o mesmo autor não é possível viver liberto de stress, já que o indivíduo necessita de energia para reagir às situações do dia-a-dia. Deste modo, Selye descreve o stress dos seres humanos como uma experiência, diferenciando as situações de *Eustress* e de *Distress*. As situações de *Eustress* correspondem a experiências de vida positivas, representando condições de stress que são dinamizadoras do seu bem-estar e que contribuem para a realização pessoal do indivíduo, nomeadamente um casamento, o nascimento de um filho, etc., enquanto que as situações de *Distress* dizem respeito a experiências negativas, altamente desgastantes e improdutivas para os sujeitos, tais como um divórcio, um acidente de aviação, entre outras.

Assim, de acordo com Stone, Helder & Scheinader (1988), o stress é uma resposta não específica a uma lesão que envolve o sistema nervoso autónomo e que pode tornar-se numa condição propulsiva ou de incentivo em determinadas situações, enquanto noutras se constitui como um desgaste pessoal, sendo, portanto, suscetível de análise em contextos agradáveis e desagradáveis, ou ainda induzido por circunstâncias internas (ao indivíduo) e externas (do meio envolvente).

De acordo com Krohne (1996b) a resposta de stress ou o Síndrome Geral de Adaptação poderá, então, desenvolver-se segundo três fases: alarme ou alerta, resistência e exaustão. A fase de alarme ou alerta manifesta-se fisicamente através da libertação de adrenalina e corticoides,

denotando-se comportamentalmente no indivíduo por meio de reações de fuga ou de luta em situações de perigo, com o objetivo de restabelecer a homeostase (Krohne, 1996b; Sousa et al., 2009). Por seu turno, e segundo os mesmos autores, o indivíduo progride para a fase de resistência quando utiliza todas as suas forças orgânicas para manter a sua resposta, chegando conseqüentemente à fase seguinte, de exaustão, se entrar em desgaste e não conseguir continuar a reagir à situação stressante.

Neste sentido, o stress tem reflexos notáveis sobre o ser humano, pois poderá ter impactes significativos no seu bem-estar e na sua perceção de qualidade de vida. No entanto, é fundamental sublinhar que o stress não é uma doença, embora possa estar na origem de transtornos de natureza física e/ ou psíquica (Vaz Serra, 1999). Desta maneira, as repercussões do stress poderão incidir sobre o bem-estar físico dos sujeitos, mas também sobre o seu bem-estar mental, emocional ou psicológico (Lazarus & Folkman, 1984). Isto porque, para além do comportamento físico ou biológico, há ainda que atender às alterações importantes que ocorrem a nível psicológico e do comportamento observável. Daí, a dificuldade na definição do conceito. A literatura demonstra não haver consenso a respeito do stress.

Se, por um lado, o *stress* precipita, de forma praticamente automática, respostas biológicas, como taquicardia, dores de cabeça, tremores, alergias e outras, por outro, acentua respostas comportamentais, designadamente uso de álcool, insónias ou ver televisão em excesso, podendo dar origem a outras respostas de foro cognitivo (dificuldades de concentração, problemas de memória, dificuldades em tomar decisões ou pensamentos catastrofizantes) e emocional (irritação, agressividade, ansiedade ou depressão) (Pereira, 1992). Não obstante, existe um ponto comum na literatura: o stress apresenta-se sempre como uma resposta do organismo a determinados estímulos, constituindo-se como um mecanismo de defesa, de sobrevivência humana (Gomes & Pereira, 2008; M. Ramos, Sá-Couto, Pereira, & Silva, 2014) e, invariavelmente, o stress influencia o dia-a-dia do indivíduo, podendo ter conseqüências severas na sua saúde, conduzindo-o à doença, ou até mesmo à morte.

Neste contexto, a aceção do conceito de stress evoluiu até ao presente e adquiriu significados diferentes, não só ao nível da construção teórica, mas também ao nível da investigação experimental. Assim, poder-se-á afirmar que o stress tem vindo a exigir três abordagens distintas, mas simultaneamente interligadas: as circunstâncias ou fatores que o determinam (fontes de stress), as respostas que provoca no indivíduo a vários níveis (biológico, psicológico e/ ou social) e, finalmente, a perspetiva transacional que une as duas anteriores, estudando a forma como o indivíduo perceciona as exigências do meio e estabelece transações para lhes fazer face (Lazarus, 1993). Esta última perspetiva, tendo em consideração as metas e objetivos de investigação previamente definidos, pareceu a mais adequada à presente tese, explicitando-se resumidamente as duas primeiras nos pontos subsequentes.

### 1.1.1 Circunstâncias indutoras de stress

Uma situação indutora de stress é toda aquela em que a relação estabelecida entre o indivíduo e o meio ambiente é avaliada como excedendo os seus próprios recursos, prejudicando o seu bem-estar. Ou seja, uma pessoa está em stress quando sente que o grau de exigência que dada circunstância lhe cria é superior à sua capacidade de resposta, aos meios de que dispõe (pessoais ou sociais) para a ultrapassar com êxito (Matarazzo, 1984). Quando um indivíduo tem aptidões e recursos suficientes que lhe permitem criar respostas adequadas perante as exigências, a vida decorre dentro de padrões controlados de stress. Contudo, quando as exigências são superiores à capacidade de resposta do indivíduo, este vive numa situação de stress intensa. No entanto, neste último caso, se as exigências que se colocam ao indivíduo tiverem um nível demasiado baixo, o aborrecimento e tédio poderão, igualmente, dar origem a situações de stress incontroláveis.

Se se conseguir comprovar que uma pessoa está submetida ao stress já se obtém uma informação extremamente útil, mas mais útil será conhecer a circunstância que o indivíduo experimenta. Cada uma das situações indutoras de stress e os estados emocionais que desencadeia, fornecem informações relevantes acerca das condições que o ser humano está a confrontar e a avaliar subjetivamente, bem como acerca das estratégias que irá desenvolver para lidar com a situação perturbadora (Krohne, 1996a; Matarazzo, 1984).

Deste modo, pode-se afirmar que as situações que provocam stress ou as circunstâncias indutoras de stress impulsionam reações de stress nos indivíduos de natureza física, psicológica e social. Estas fontes de stress podem ser internas (intrínsecas à própria personalidade do sujeito) ou externas (relativas ao meio ambiente ou envolvente) ao indivíduo, estar relacionadas com aspetos qualitativos (sensibilização do indivíduo para determinadas circunstâncias) ou quantitativos (constituídos pela repetição de circunstâncias), criando-lhe sempre a necessidade fundamental de uma nova adaptação. Assim, o grau e o tipo de resposta ao stress induzido depende muito de pessoa para pessoa, de tal forma que a presença de um dado estímulo, só por si, é insuficiente para definir a perceção de stress (Matarazzo, 1984).

A este nível, a literatura sugere que devem ser valorizados os traços caraterísticos e distintivos da personalidade dos indivíduos, considerando variáveis cognitivas e motivacionais, ou seja, a maneira individualizada como cada um reage às situações, mas também os aspetos culturais e sociais aos quais os sujeitos estão submetidos (Pereira et al., 2009). Logo, a garantia de sucesso da adaptação dos indivíduos perante uma situação de stress depende das suas condições internas e externas, ou seja, do intercâmbio entre a sua condição física, psicológica e social.

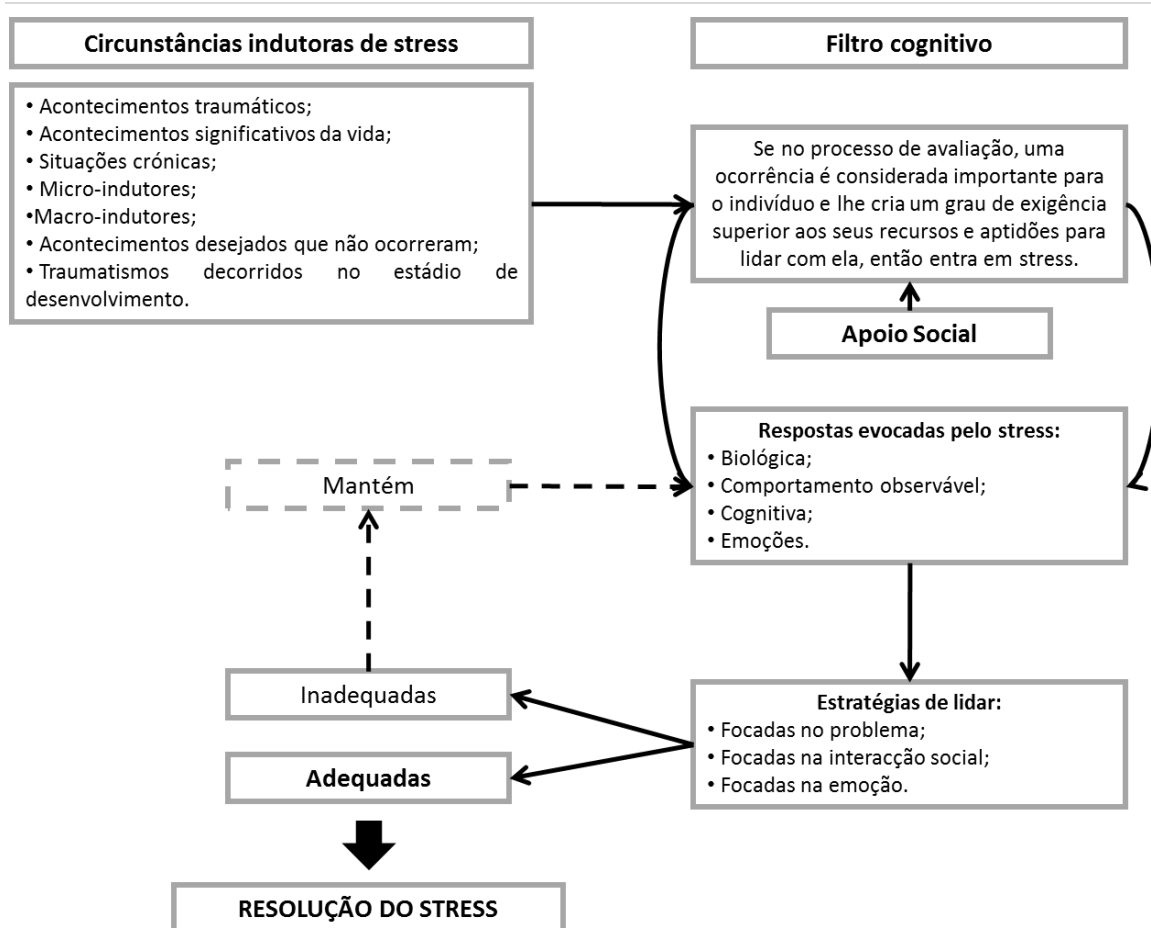
Por outro lado, agentes indutores de stress frequentes, intensos e/ ou prolongados poderão determinar perturbações físicas e/ ou mentais nos indivíduos que prejudicam ativamente o seu bem-estar e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida (Vaz Serra, 1999). Daí, que seja importante sublinhar que as circunstâncias impulsionadoras do stress estão intimamente

relacionadas com variados fatores que devem ser avaliados de forma sistémica, designadamente acontecimentos traumáticos (ex.: acidente de viação), acontecimentos significativos da vida (ex.: nascimento de um filho); situações crónicas (ex.: incapacidade); micro-indutores (ex.: trânsito a caminho do trabalho), macro-indutores (ex.: situação de desemprego), acontecimentos desejados que não ocorreram (ex.: gravidez interrompida involuntariamente), traumatismos decorridos no estágio de desenvolvimento (ex.: abusos sexuais a menores), entre outros. De acordo com a sua dimensão, estas fontes de stress podem ainda classificar-se como macro, quando as situações sucedem ao nível institucional e social (educação, emprego), ou micro, quando os problemas têm que ver com o dia-a-dia dos indivíduos, acontecendo num curto espaço de tempo (Iwasaki & Schneider, 2003). As reações ao stress não se podem prever sem termos em conta múltiplos fatores e processos que explicam as diferenças individuais da forma como as pessoas respondem a um dado estímulo menos agradável (Matarazzo, 1984). Desta maneira, conclui-se que a avaliação do stress depende, portanto, das aptidões e dos recursos pessoais e sociais adquiridos ou ao dispor do indivíduo.

Paralelamente, estas circunstâncias indutoras de stress poderão ainda ordenar-se através das seguintes categorias: ameaça, dano e desafio. A diferença entre elas para os sujeitos é apenas temporal. A ameaça diz respeito a uma antecipação de uma contingência desagradável que pode vir a acontecer, mas que ainda não surgiu. O dano refere-se a alguma coisa que já ocorreu e ao indivíduo resta apenas tolerar o acontecimento ou reinterpretar o seu significado ou as suas consequências. O desafio representa uma circunstância em que o indivíduo sente que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas (Lazarus & Folkman, 1984).

Em suma, os indivíduos apresentam um filtro cognitivo, isto é, as suas experiências pessoais de vida, os conhecimentos que detém acerca de determinadas situações ou as aprendizagens que realizaram ao longo do tempo, que em conjunto com o apoio social que têm, especificamente dos seus pares, colegas de trabalho, amigos ou família, resultam em respostas evocadas pelo stress.

As soluções ou respostas que o indivíduo apresenta perante situações de stress poderão ser biológicas, comportamentais, cognitivas ou baseadas nas emoções, refletindo-se, por conseguinte, em estratégias para lidar com o stress. Estas estratégias para lidar com o stress poderão ser focadas no problema, na emoção ou na interação social, e caso se comprovem adequadas, conduzirão à resolução do stress, tal como se poderá observar através da análise da Figura 1.



**Figura 1 – Modelo compreensivo do stress**

**Fonte:** Elaborado com base em Vaz Serra (1999)

O stress pode apresentar-se de forma aguda ou crónica e variar de uma simples sensação de desconforto a uma prostração total do corpo e da mente, surgindo, assim, quando o indivíduo se depara com situações que excedem os seus recursos, ameaçando a sua qualidade de vida ou bem-estar físico e psicológico.

Trata-se, portanto, do resultado do relacionamento específico entre o sujeito e o meio que o envolve (Lazarus & Folkman, 1984). O seu ciclo de vida, assinaladamente o primeiro dia de escola, o casamento, o desemprego ou a reforma, bem como traumas, como a morte de alguém próximo, um acidente ou um abuso sexual, são fontes de stress discretas, já que estão relacionadas com eventos de vida específicos e excecionais. No entanto, o papel social dos indivíduos, designadamente as responsabilidades com o trabalho e com a família, e outras dificuldades relacionadas com o desenrolar da vida, especialmente o aparecimento de algum problema de saúde, a própria incapacidade ou até a discriminação a ela associada, são também circunstâncias indutoras de stress, mas crónicas, na medida a que se referem a situações com as quais os sujeitos terão de lidar diariamente ou com uma frequência regular (Iwasaki & Schneider, 2003).

Assim, ressalva-se, uma vez mais, que a origem do stress pode ser de ordem interna ou externa ao indivíduo, podendo ser de natureza física, psicológica ou social, gerando uma inevitável necessidade de adaptação dos seus recursos (Vaz Serra, 1999), sendo que os indivíduos não terão outra opção senão desencadear os mecanismos ao seu alcance para lidar com estas situações, superando-se constantemente. Deste modo, será pertinente analisar quais os mecanismos utilizados pelos indivíduos neste contexto, percebendo o processo de resposta ao stress, o que se fará no ponto seguinte.

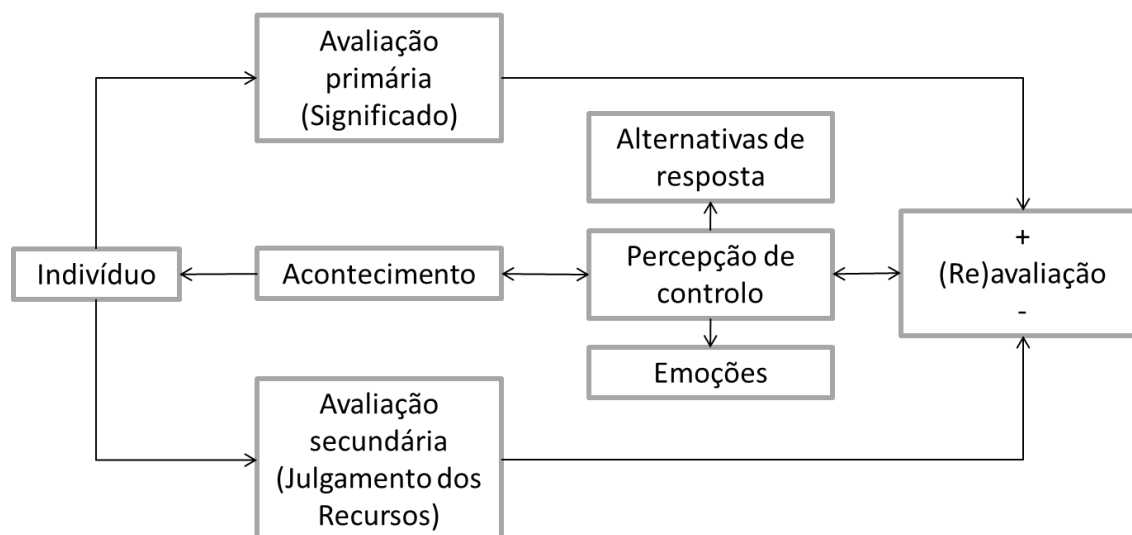
### 1.1.2 Respostas do indivíduo ao stress

Hoje em dia, os indivíduos estão expostos a altos níveis de competitividade, a pressões impostas por múltiplas áreas relacionais e a um crescente processo de individualização que os expõe a situações de tensão quase permanentes (Pereira et al., 2008). As respostas dos sujeitos a estas situações de tensão estão relacionadas com os recursos e estratégias utilizadas na gestão de fontes de stress, Lazarus & Averill (1972) admitem que a avaliação realizada pelos indivíduos, relativamente a essas ocorrências de stress, obedece a três tipos de processos formais: a avaliação primária, a avaliação secundária e a reavaliação.

A avaliação primária reporta-se a uma análise egocêntrica, realizada pelos indivíduos no sentido de compreender o significado de determinada circunstância, bem como as suas consequências para o seu bem-estar. Assim, o sujeito avalia o contexto da situação stressante, estudando as implicações positivas ou negativas que daí poderão advir, particularmente as exigências, restrições, oportunidades ou outros fatores que possam influenciar a sua vida diária (Lazarus, 1999).

A avaliação secundária ocorre quando o indivíduo procura encontrar respostas para resolver os problemas ou consequências de uma situação stressante. Desta maneira, os sujeitos avaliam os seus recursos, pessoais e sociais, em contraposição com as soluções de resposta ou limitações que se lhe apresentam (Vaz Serra, 1999). Ou seja, a avaliação secundária refere-se às expectativas do indivíduo relativamente ao seu autoconceito ou autoeficácia, estando intimamente relacionadas com a crença do sujeito nas suas capacidades de resolução do problema ou obtenção do resultado desejado.

Por fim, a reavaliação: ocorre no final das duas abordagens anteriormente explicitadas, quando o indivíduo realiza o balanço entre as avaliações primária, perceção interior das exigências criadas pela situação stressante, e secundária, perceção dos recursos existentes e da capacidade de resposta exigida. Neste sentido, a reavaliação é um processo dinâmico que se vai adaptando ao longo do tempo consoante o *feedback* informativo que o indivíduo vai recolhendo em função do êxito ou fracasso de lidar com situações stressantes (Vaz Serra, 1999).



**Figura 2** – Processo simplificado de resposta ao stress

**Fonte:** Elaborado com base em Lazarus & Averill (1972)

Por outro lado, é essencial relembrar que as respostas ao stress dependem da constituição genética do indivíduo, do estado hormonal, de vulnerabilidades pessoais, da sensibilização adquirida em relação a acontecimentos específicos, da repetição e intensidade das situações de stress, da previsão do aparecimento de acontecimentos stressantes nocivos, da percepção de capacidade e autocontrolo, do estado emocional ou ainda do tipo e qualidade do apoio social que envolve o indivíduo (Vaz Serra, 1999).

Ora, de acordo com o mesmo autor, é fulcral sublinhar a importância da percepção de controlo da situação por parte do indivíduo que resulta da avaliação secundária e da reavaliação final dos acontecimentos. Sabendo que a relação entre o indivíduo e o meio ambiente não é estática, mas sim dinâmica, o comportamento demonstrado pelo indivíduo vai alterando a própria situação o que, por sua vez, constitui um processo de feedback que é indicativo do sucesso ou insucesso na gestão do problema. Deste modo, a percepção de controlo é considerada crucial para ajudar a compreender a reação do indivíduo perante dado acontecimento.

O controlo pode ser definido como a capacidade que a pessoa tem de determinar o que pretende fazer ou aquilo que deseja que os outros lhe façam, tratando-se, portanto, de um importante mediador do stress. A investigação, tem demonstrado de uma forma inequívoca que ter controlo real ou ter apenas a percepção de controlo sobre um agente nocivo, acreditar que se pode ter influência em relação a esse agente através da modificação de certas partes do meio ambiente que lhe dizem respeito, reduz o impacto do stress (Gatchel, Baum, Krantz, & Singer, 1989).

Outro aspeto a considerar neste âmbito e que justifica a importância do presente trabalho é que quanto mais baixo se desce na hierarquia socioeconómica menor é o controlo que as pessoas têm sobre os fatores que afetam a sua vida e o seu modo de viver (Adler et al., 1994). Dado que a população com incapacidade se enquadra globalmente nestes estratos socioeconómicos menos

elevados, tal como se demonstrará no ponto 2.5 do Capítulo II, adivinha-se o interesse e a relevância de compreender e analisar estes processos numa amostra populacional com estas características, tão particulares.

Todavia, e aumentando o interesse da temática em estudo, Morling & Fiske (1999) mencionam que, mesmo quando as pessoas têm fracas possibilidades de alterarem as circunstâncias do meio ambiente, ao utilizarem estratégias centradas sobre o indivíduo, podem, mesmo assim, sentir-se em controlo, contribuindo para uma maior perceção de bem-estar.

Em sùmula, todos os esforços que levem a desenvolver controlo sobre as situações desagradáveis têm repercussões ao nível da gestão do stress: (i) melhoram o sentido de competência da pessoa; (ii) predispõem-na a enfrentar novos problemas; (iii) aumentam o sentido de predictabilidade de presença ou ausência de ocorrências aversivas; (iv) ajudam a minimizar os riscos dos acontecimentos negativos (Vaz Serra, 1999). Por conseguinte, afigura-se indispensável perceber as funcionalidades e construções à volta da gestão do stress. Daí que se parta para a conceptualização de *stress-coping* no ponto 1.2, já que se trata de um conceito entendido como sendo a representação individual da forma como as pessoas habitualmente reagem ao stress (M. Ramos, Sá-Couto, Pereira, & Silva, 2013).

## 1.2 Conceptualização de *stress-coping*

Hoje em dia, a forma como os indivíduos vivem, como cuidam de si próprios, a maneira como gerem o stress e os mecanismos que desenvolvem para o defrontar, são batalhas diárias que desencadeiam repercussões ao nível biológico, provocando alterações dos sistemas nervoso vegetativo, endócrino e imunitário, dando origem a várias transformações no metabolismo dos indivíduos (Vaz Serra, 1999) que poderão dar origem a vários problemas de índole física e mental, diminuindo a sua qualidade de vida.

Tal como já foi explicado, o stress representa a relação que se estabelece entre a “carga” sentida pelo ser humano e a resposta psicofisiológica que perante a mesma o indivíduo desencadeia (Matarazzo, 1984), surgindo quando o indivíduo se depara com situações que excedem os seus recursos, ameaçando a sua qualidade de vida ou bem-estar físico e psicológico. Trata-se, portanto, do resultado do relacionamento específico entre o sujeito (fatores internos) e o meio que o envolve (fatores externos) (Lazarus & Folkman, 1984).

Deste modo, os indivíduos não terão outra opção senão desencadear os mecanismos ao seu alcance para lidar com estas situações. Estes mecanismos ou estratégias desenvolvidas pelos indivíduos no sentido de lidar com o stress ou de se adaptarem a situações adversas (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998) designam-se *stress-coping* ou *coping*.



O *coping* compreende, então, os esforços cognitivos e comportamentais desenvolvidos pelo sujeito para lidar com as dificuldades ou exigências específicas que este considera excessivos para os seus recursos, podendo assumi-los como uma ameaça, um dano ou um desafio (Lazarus, 1993). Recorda-se apenas que a ameaça acontece quando o indivíduo pressente ou antecipa o desenrolar de uma situação hipotética desagradável, o dano surge quando algo já ocorreu e ao indivíduo resta apenas tolerar e/ ou reinterpretar o seu significado, e o desafio sucede quando o sujeito sente que as exigências estabelecidas por determinada dificuldade podem ser alcançadas ou ultrapassadas (Lazarus & Folkman, 1984).

As estratégias de *coping* são pessoais, dependendo das aprendizagens desenvolvidas pelo indivíduo, e ainda sociais, dependendo da interação social que lhe é proporcionada (Pereira, 2001), resultantes de um processo complexo e dinâmico que depende do ambiente que envolve o indivíduo e também da interação entre eles.

A partir do século XX, desenvolveu-se um grande número de investigações sobre esta temática do *coping* no âmbito da psicologia. Primeiramente, entendia-se o *coping* como uma estrutura estável e rígida do indivíduo, numa hierarquia de saúde versus patologia, sobre a qual não eram refletidas as interações com a realidade externa. No entanto, a partir dos anos 60, uma nova geração de investigadores apontaram uma nova perspetiva de *coping* como um processo transacional entre o indivíduo e a sua envolvente, enfatizando o processo e os traços de personalidade do sujeito (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Mais recentemente, tem-se aprofundado o conceito aliando-o ainda a um terceiro componente: a interação social.

Sendo assim, o *coping* para ser efetivo poderá focar-se em três aspetos essenciais aos indivíduos no campo de ação do stress: na emoção, no problema ou na interação social (ver Figura 1). Desta maneira, quando o sujeito regula o seu estado emocional através do seu pensamento, desenvolvendo comportamentos adequados para lidar com a situação de stress, centra-se na emoção; quando o sujeito altera o seu relacionamento com o meio envolvente por forma a munir-se de esforços suficientes para gerir o stress provocado por determinada situação, foca-se no problema (Lazarus & Folkman, 1984); finalmente, quando o sujeito aproveita a socialização ou o suporte social como sustentáculo das suas estratégias cognitivas para lidar com as situações problemáticas, concentra-se na interação social (Folkman & Moskowitz, 2004; Vaz Serra, 1999).

A gestão do stress é uma técnica de sobrevivência irrefutável nas sociedades contemporâneas, afirmando-se como um caminho a seguir para a prossecução de um estilo de vida saudável e do almejado bem-estar global. As circunstâncias indutoras de stress, as ameaças, os danos e os desafios que enfrentamos durante a nossa vida, bem como os mecanismos e estratégias de *coping* que utilizamos são fatores de sucesso para a determinação da nossa qualidade de vida.

Desta maneira, ao longo dos anos têm-se vindo a desenvolver várias investigações no domínio do *coping*, tendo-se verificado diferenças marcantes nas suas construções, ao nível teórico e metodológico, decorrentes das suas filiações epistemológicas, tal como se pretende esclarecer de seguida.

### 1.3 Modelos de coping

Sabendo que o *coping* é um processo que resulta da avaliação que o sujeito faz do problema que se lhe coloca, admite-se a existência de diversos modelos teóricos ou conceptuais explicativos das suas funcionalidades e interações.

Inicialmente, Lazarus & Folkman (1984) numa perspetiva cognitivista, propõem um modelo de *coping* que divide o processo em duas categorias funcionais: *coping* focado no problema e *coping* focado na emoção. Segundo esta abordagem o conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizados pelos indivíduos para ultrapassar problemas específicos, implicam ações de *coping* deliberadas ou intencionais que podem ser apreendidas, usadas ou descartadas consoante as situações de stress. Este modelo de compreensão do processo de *coping* envolve quatro conceitos fundamentais, tal como se pode observar através da Figura 3: (i) o processo de *coping* surge com a interação entre o indivíduo e a sua envolvente; (ii) a função do *coping* é gerir a circunstância de stress e não de controlo ou domínio da mesma; (iii) o *coping* pressupõe uma avaliação ou interpretação da situação stressante por parte do indivíduo, sendo percebida como cognitivamente representativa (dano, ameaça ou desafio); (iv) o método de *coping* implica mobilização de esforços cognitivos e comportamentais para gerir (reduzir, minimizar ou tolerar) os *inputs* internos ou externos que surgem da sua interação com o ambiente.

Através do modelo explicativo apresentado de seguida percebe-se que os investigadores se basearam em análises fatoriais que geraram dois fatores principais utilizados para definir os dois tipos de estratégias de *coping* (Antoniazzi et al., 1998).



**Figura 3** – Modelo de stress-coping de Lazarus & Folkman (1984)

**Fonte:** Elaborado com base em Lazarus & Folkman (1984)

Mais tarde, os mesmos autores em conjunto com Moskowitz (Folkman & Moskowitz, 2004) chegaram à conclusão que existiria ainda um outro tipo de estratégia de *coping* baseado na interação social. Ou seja, de acordo com o presente modelo o *coping* é, então, entendido como um mediador entre a fonte de stress e o resultado que esta provoca.

Todavia, o modelo de Lazarus & Folkman (1984) não justifica a causalidade existente entre as estratégias de *coping* e os seus resultados. Daí que outros investigadores tenham proposto outros modelos de entendimento deste processo. Rudolph, Denning & Weisz (1995) propõem a compreensão do *coping* como um episódio, separando a resposta de *coping*, o objetivo dessa resposta e o resultado, tal como se pode verificar através da observação da Figura 4.



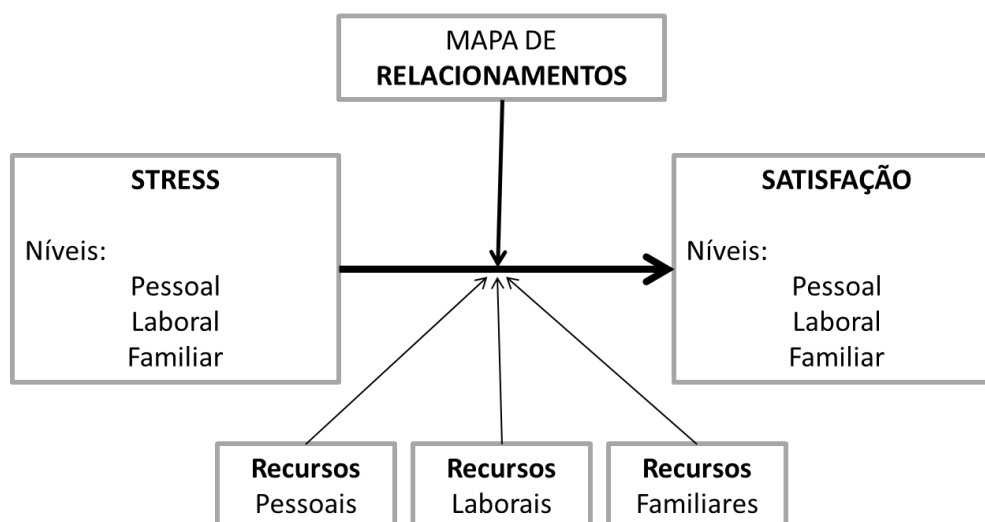
**Figura 4** – Modelo de stress-coping de Rudolph, Denning & Weisz (1995)

**Fonte:** Elaborado com base em Rudolph, Denning & Weisz (1995)

No seguimento desta abordagem, considera-se que a resposta de *coping* representa uma ação estratégica, intencional, física ou psicológica, resultante da existência de uma circunstância indutora de stress percebida pelo indivíduo (Antoniazzi et al., 1998). Desta maneira, os autores defendem que o episódio de *coping* faz parte de um processo que sofre influências de diversas variáveis. Ou seja, o objetivo do *coping* será a intenção de responder de forma adequada à situação stressante tendo sempre como pano de fundo a orientação para a redução do stress ou seja para o ajuste positivo.

Por fim, outro modelo considerado na literatura é o da Avaliação Multissistémica do Stress e da Saúde (*MASH – Multisystem Assessment of Stress and Health*). Este modelo assenta sobre as perspetivas apresentadas anteriormente e ainda sobre outras abordagens relacionadas, designadamente o *ABCX Model of Family Stress* de Reuben Hill (1958) e no *Family Adjustment and Adaptation Response (FAAR)* de McCubbin and Paterson (1994) (Publishing, 1995).

Este último modelo, tal como os anteriores baseia-se em três componentes fundamentais: no stress, nos recursos de *coping* e na adaptação (neste caso entendida como satisfação). Para a melhor compreensão do modelo apresenta-se a Figura 5.



**Figura 5** - Modelo MASH – Multisystem Assessment of Stress and Health (1995)

**Fonte:** Elaborado com base em Inscape Publishing Report (1995)

O modelo MASH é bastante mais simplista que os anteriores, mas simultaneamente apresenta maior probabilidade de compreensão e integração das teorias e metodologias desenvolvidas em pesquisas anteriores, tendo sido experimentado empiricamente. Este modelo pondera os recursos influenciadores de várias dimensões de *coping* com os níveis pessoais, laborais e familiares do indivíduo, bem como a sua rede de relacionamentos (sociais), que, no seu conjunto, conduzirão à adaptação ou satisfação (Publishing, 1995). Resumidamente, quanto maior for o número de recursos disponibilizados pelo indivíduo a estes vários níveis, maior será a sua capacidade de lidar ou gerir o stress.

Em síntese, qualquer um dos modelos de *coping* explanados ao longo deste ponto refletem diversas, mas paralelas, possibilidades de abordar este fenómeno, oferecendo valiosas linhas orientadoras para a compreensão e conceptualização do processo de *coping*. Assim, depois de entendidos os mecanismos e interligações entre os vários constructos que compõem o conceito de *stress-coping*, há que compreender os estilos e estratégias *coping* e esclarecer a sua multidisciplinaridade.

## 1.4 Estratégias e categorias de *coping*

De uma maneira geral, as estratégias de *coping* estão relacionadas com ações cognitivas ou comportamentais levadas a cabo no decorrer de um episódio de stress (Krohne, 1996a). De acordo com (2010), os indivíduos desenvolvem hábitos de gestão do stress que influenciam a maneira como reagem aos problemas que se lhes apresentam. Ou seja, as cognições de cada indivíduo têm um papel fulcral na resolução do stress, podendo até afirmar-se que não são os acontecimentos que originam o stress, mas sim o significado que cada sujeito lhes atribui (Pereira, 2006). E, parafraseando Shakespeare, “*there’s nothing either good or bad but thinking makes it so*”. Daí que a mesma fonte de stress possa preconizar uma ameaça insuportável para uns e um desafio bem-vindo para outros. Ressalva-se, no entanto, que a construção dos significados que se atribuem às situações dependem fundamentalmente das experiências vividas por cada indivíduo, das suas narrativas individuais ou dos seus recursos físicos e psicológicos (Pereira, 2006). Mas, são sobretudo as estratégias ou mecanismos de *coping* que permitem lidar adequadamente, ou não, com as fontes de stress.

As estratégias de *coping* estão, portanto, vinculadas a fatores situacionais, alterando-se de situação para situação ou durante os estágios de desenvolvimento de uma dada circunstância stressante. E, tal como já foi descrito anteriormente, Lazarus & Folkman (1984) referem que as estratégias de *coping* exigem esforços dirigidos a um nível somático e/ ou sentimental, com o intuito de alterar o estado emocional do indivíduo (*coping* focado na emoção) ou de alterar o problema existente entre a pessoa e o ambiente que lhe está a causar tensão (*coping* focado no problema). Muitas vezes o problema prende-se com o destrinçar de dois enfoques, já que o *coping* focado na emoção pode facilitar o *coping* focado no problema e vice-versa, sendo que a literatura revela que ambas as estratégias são usadas durante praticamente todos os episódios de stress (Antoniazzi et al., 1998). Assim, foi ainda apresentada uma terceira estratégia de *coping*, chamada de interacionista com enfoque nas relações interpessoais ou sociais, através da qual o indivíduo procura apoio social para a resolução da fonte de stress.

Neste contexto, e para além da ordenação primária das estratégias de *coping* através do enfoque refletidas acima, Stone, Helder & Scheinader (1988) estudaram ainda variados métodos de *coping* que permitiram apurar um subsistema de classificação dessas estratégias de coping através das seguintes categorias: resolução de problemas; apoio social; redefinição da situação; redução da tensão; evitamento; procura de informação e religiosidade. De forma muito genérica, poderá resumir-se que a resolução de problemas implica a confrontação direta com as fontes de stress, o apoio social se baseia na socialização e interacção social com outros, a redefinição da situação envolve uma nova avaliação da ocorrência stressante, a redução da tensão inclui a minimização da importância do problema, o evitamento acarreta o afastamento ou alienação da situação de stress, a procura de informação origina a busca de conhecimento ou recursos cognitivos para lidar com as dificuldades impostas, e, por fim, a religiosidade assenta no refúgio ou conforto da fé ou

em crenças holísticas, tendo em vista a atenuação do desequilíbrio provocado pelo evento stressante.

Pereira (1991) acrescenta que esta classificação apoia a compreensão do conceito de estratégias de *coping*, por um lado, devido à grande diversidade de conceitos e vocábulos utilizados para indicar o mesmo tipo de estratégias e, por outro, como complemento à categorização basilar por meio do enfoque (na emoção, no problema ou na interação social), proposta por Lazarus & Folkman (1984).

Globalmente, a principal função de qualquer género de estratégia de *coping* é reduzir a sensação física desagradável do estado de stress, sublinhando-se que não há estratégias boas ou más, já que dependem do sucesso do resultado que não é *a priori* garantido. Em suma, entende-se por “estratégias de *coping*” as ações que o indivíduo desenvolve para gerir o stress quando se depara com situações stressantes e sobre as quais se encontra perfeitamente alerta ou consciente.

Depois de conhecer e compreender os principais conceitos relacionados com o stress-*coping*, que se verificou estarem profundamente imbuídos nos estudos da área da saúde, particularmente da psicologia, interessa verificar a sua aplicabilidade noutras áreas de investigação, nomeadamente na área do turismo, tal como se pretende esclarecer no ponto 1.5.

### 1.5 A multidisciplinaridade do estudo do stress-coping

O estudo do stress-*coping* encontra-se, globalmente, sob a chancela da psicologia da saúde, que orienta os seus interesses no âmbito dos comportamentos e atitudes preventivas e promotoras da saúde e do bem-estar global dos indivíduos. De acordo com Matarazzo (1984), esta disciplina tem como objetivo capital promover e manter a saúde, diagnosticando a doença, no sentido de melhorar o bem-estar dos indivíduos e conduzindo ao aperfeiçoamento das regras, políticas e instrumentos a este nível.

Considerando que a psicologia da saúde promove hábitos e estilos de vida saudáveis e previne a ocorrência de comportamentos inadequados, causadores de stress e ansiedade com complicações para o bem-estar físico e mental dos sujeitos (Sarafino, 1994), poderemos associar esta disciplina a outras áreas científicas que partilhem metas semelhantes, designadamente o estudo do lazer, recreio e turismo, como fenómenos promotores do bem-estar geral.

De acordo com Freire (2013) para o ótimo funcionamento do ser humano ou para a sua plenitude em termos de saúde, tem de existir um balanço entre tarefas obrigatórias ou indispensáveis e inevitáveis à sua sobrevivência e a liberdade e oportunidades de relaxamento. Neste contexto, o lazer é um conceito multidimensional que inclui aspetos individuais, sociais e ambientais, que, por seu turno, poderão ter um papel ativo na promoção da saúde dos indivíduos.

Neste âmbito, torna-se pertinente distinguir os conceitos de lazer, recreio e turismo com o intuito de compreender a sua interligação e a lógica de análise utilizada no presente trabalho. Deste modo, Ferreira (2003) refere que as alterações testemunhadas pelas sociedades modernistas dos anos 50 e 60, permitiram o aumento da produtividade industrial que, por seu turno, conduziu à redução dos horários de trabalho e ao alargamento dos tempos de lazer, ao mesmo tempo, que possibilitaram a proclamação do direito a férias pagas que, conseqüentemente, favoreceu o desenvolvimento do turismo.

O lazer associa-se, portanto, ao tempo de não trabalho, ou seja, ao tempo que os indivíduos dispõem depois de terem completado as suas necessidades primárias de trabalho e de repouso (Dumazedier, 1962). O recreio assume-se como a atividade desenvolvida durante os tempos livres ou de lazer, isto é, nos momentos em que os indivíduos não estão a trabalhar ou a repousar (Cooper, Fletcher, Gilbert, & Wanhill, 1999). E, por último, o turismo surge como uma forma específica de recreio no tempo de lazer, traduzindo-se como o movimento temporário dos indivíduos para fora da sua área de residência habitual, por um período superior a um dia, implicando pernoita e o desenvolvimento de outras atividades que satisfaçam as suas necessidades, motivações e desejos (Organização Mundial de Turismo, 2014).

Cruzando estes conceitos e corroborando Umbelino (2014: 207) verifica-se que o “conceito de turismo aceita a sua participação no universo do lazer, mas não se esgota nesse tempo de não trabalho, já que vários produtos turísticos se baseiam em motivos com origem profissional e/ ou económica.”, por sua vez, “...o lazer é um conceito mais amplo do que a sua parte que cruza com o turismo, uma vez que muitas das práticas que o consubstanciam decorrem de atividades do dia a dia e são concretizadas na área de residência habitual.”. Depreende-se, portanto, que lazer e turismo são noções distintas, mas intimamente associadas, não existindo um entendimento firme e consensual acerca da sua diferenciação conceptual. Aliás, Ferreira (2003) sublinha que a partir dos anos 80, a distância entre os conceitos em apreço tem vindo a diluir-se, mas constata que a investigação na área do lazer se desenvolve de forma independente à do turismo.

Estes factos, permitem conjecturar que uma base teórica da área do lazer, possa desenvolver-se e obter aplicabilidade na área do turismo. Assim, sabendo que o lazer tem vindo a ser estudado como um instrumento de *stress-coping*, colocou-se o desafio da transposição desse pressuposto para o turismo.

Ora, sendo o turismo uma área de investigação relativamente recente, ferverham novas opções de estudo e trilhos de investigação, nomeadamente no âmbito das áreas relacionadas com a saúde, onde se pode incluir o *stress-coping*. O turismo de saúde e bem-estar, o turismo médico, o turismo acessível ou mesmo o turismo social, são ramificações de pesquisa que têm vindo a dar resposta às solicitações das sociedades atuais.

A atualidade das temáticas em estudo: stress, *coping* e turismo acessível, motivou a presente pesquisa e a sua relevância advém da inevitabilidade das suas implicações na vida humana. Desta maneira, tão importante como definir e caraterizar o stress, é conhecer e compreender as

estratégias de *coping* que se encontram à disposição do indivíduo (Pereira, 1992), onde potencialmente se poderá incluir a atividade turística. Tal como refere Lazarus (1993) o *coping* faz uma grande diferença na vida dos indivíduos, sendo que a literatura mais recente apresenta várias técnicas e métodos para lidar com o stress, nomeadamente no âmbito do lazer (Coleman & Isoahola, 1993; Hutchinson, Loy, Kleiber, & Dattilo, 2003; IsoAhola & Park, 1996; Iwasaki & Mannell, 2000).

Deste modo, verificou-se a relevância em apostar no estudo desta área científica do stress-coping, considerando a sua aplicabilidade ou relacionamento com outras áreas de investigação, designadamente com o turismo e no âmbito de estratos particulares da sociedade, neste caso, da população com incapacidade, um grupo social especial e sujeito a um conjunto amplo e específico de fatores indutores de stress.

## 1.6 Síntese conclusiva

O stress é um conceito cada vez mais atual. É certo que teve a sua origem no âmbito das ciências naturais, mas depressa evoluiu imiscuindo-se nas ciências da saúde e, atualmente, praticamente indissociável dos circuitos investigativos das ciências sociais. Neste contexto, o stress tem repercussões significativas não só ao nível da saúde dos indivíduos, tal como se demonstrou o longo do ponto 1.1, mas também no âmbito do seu relacionamento com o meio envolvente.

O enquadramento teórico das circunstâncias indutoras de stress, realizado no ponto 1.1.1, comprova esta abordagem social, elucidando que as fontes de stress podem ser internas (intrínsecas à personalidade do indivíduo) ou externas (fruto do relacionamento do indivíduo com o meio ambiente). Por conseguinte, as respostas do indivíduo ao stress implicam uma avaliação dessas fontes através de processos formais (avaliação primária, avaliação secundária e reavaliação), que têm como base, não só a constituição genética do indivíduo e as suas forças ou fragilidades pessoais, mas igualmente, as aprendizagens ou conhecimentos adquiridos ao longo do tempo, ou seja, as experiências resultantes das interações com os outros ou com o meio.

Deste modo, pode-se afirmar que nenhum indivíduo esteja livre de stress, reconhecendo-se os seus impactes na vida dos indivíduos e na sociedade, o que conduz à necessidade e importância de compreender os mecanismos ou estratégias que se encontram à disposição das populações para lidar com este tipo de pressão ou tensão.

O stress-coping é, portanto, uma ferramenta essencial à sobrevivência dos indivíduos nas sociedades contemporâneas, já que promove o controlo e gestão do stress. Assim, em qualquer situação de stress que poderá ser de ameaça, dano ou desafio, os sujeitos terão de se adaptar, ou seja, de encontrar dentro dos recursos ao seu alcance (internos ou externos) as forças necessárias para lidar com essas ocorrências, de acordo com o que foi explicado no ponto 1.2.



Neste sentido, estabelecem-se vários modelos de *coping* (ponto 1.3), sendo que o modelo explicativo de Lazarus & Folkman (1984), mais tarde complementado por Folkman & Moskowitz (2004), é o mais aceite na literatura e, consequentemente, o que será focado na presente investigação. Este modelo defende que o processo de *coping* se divide em três categorias funcionais: *coping* focado na emoção, quando os sujeitos se concentram em sentimentos alternativos para atenuar a situação stressante, *coping* focado no problema, quando os indivíduos se dedicam a encontrar soluções efetivas para resolver a fonte de stress, e, finalmente, o *coping* focado na interação social, quando a pessoa centra a sua atenção na socialização para atenuar e resolver o evento stressante.

Contudo, é importante sublinhar que estas categorias funcionais resultam em estratégias e categorias de *coping* que variam consoante a circunstância indutora de stress e de pessoa para pessoa, tal como se demonstrou ao longo do ponto 1.4, e tal como se pretende comprovar, considerando a população com incapacidade em particular.

Desta maneira, verifica-se que se o stress-coping é uma área de investigação multifacetada e multidisciplinar (ponto 1.5), tendo-se averiguado um hiato de conhecimento no que diz respeito à aplicabilidade do stress-coping à população com incapacidade através de uma atividade específica e particularmente marcante do lazer: o turismo.

Concluindo, o stress faz parte do dia-a-dia, apresentando-se de forma constante e fervilhante nas sociedades atuais. Não é uma condição patológica, mas pode provocar doenças ou até a morte, no entanto, é importante sublinhar que pode ser controlado e gerido através de estratégias adequadas de *coping*. Populações especiais, como os indivíduos com incapacidade, sugerem a existência de fontes de stress distintas e, decorrentemente, estratégias de stress-coping específicas e direcionadas. De acordo com a literatura, o lazer é comprovadamente uma estratégia de stress-coping significativa para este estrato populacional, todavia pouco ou nada se investigou no caso particular do turismo. Assim, revela-se fulcral saber mais acerca da pessoa com incapacidade, para que se possa aferir se existem ou não estas características variadas e distintivas, que suportem a hipótese primária da existência de circunstâncias indutoras de stress diferentes, relativamente á restante população. É o que se pretende fazer ao longo do Capítulo II, intitulado “A pessoa com incapacidade motora e sensorial”.

## CAPÍTULO II – A PESSOA COM INCAPACIDADE MOTORA E SENSORIAL

---

## Capítulo II – A Pessoa com Incapacidade Motora e Sensorial

Historicamente, a população com incapacidade tem vindo a enfrentar muitas representações e construções sociais, baseadas em crenças e superstições sem fundamento, que originaram atitudes e atos discriminatórios. É, por isso, que a incapacidade tem consequências severas para os indivíduos em sociedade, nomeadamente ao nível individual, no que diz respeito ao bem-estar psicológico e qualidade de vida; ao nível económico, no que concerne a oportunidades de emprego, saída prematura do mercado de trabalho e desvantagens salariais; ao nível social, relativamente ao estigma e à marginalização a que estão sujeitos; e ainda ao nível político, em termos de direitos, oportunidades e discriminação (Gignac & Cott, 1998). No caso particular das pessoas com incapacidade motora e sensorial, a diferença no corpo, como um estigma, é assustadora para a sociedade. Estas pessoas perturbam e preocupam, desencadeiam sentimentos de pena, culpa ou de embaraço, já que são consideradas um símbolo da fragilidade da existência humana (Riedmatten, 2002).

Ao longo dos tempos, o conceito de incapacidade esteve sempre associado a rejeição, tragédia, cárcere e até homicídio. Desde tradições macabras de exposição pública e abandono dos corpos de bebés deformados na Grécia Antiga, até aos abusos eugénicos da Europa Fascista, segundo Riedmatten (2002) a cultura de segregação face à incapacidade tem-se perpetuado. Mesmo durante o século XX, o mundo ocidental organizou-se através de uma abordagem bem-intencionada e humanista, mas negligenciou a igualdade de direitos e a plena integração social, segregando estes indivíduos em estruturas sociais especiais.

Atualmente e paradoxalmente, têm-se vindo a registar mudanças notáveis. O indivíduo com incapacidade tem vindo a ser progressivamente estudado, tendo-se verificado impactantes avanços médicos, técnico-científicos e evoluções sociais, que têm vindo a melhorar a sua qualidade de vida e a facultar oportunidades em vários quadrantes da sociedade. Neste contexto, tem-se assistido a ações de sensibilização e consciencialização desencadeadas por políticos, legisladores e investigadores sociais, apelando à abertura de mentalidades em relação à deficiência, reconhecendo-se que este conceito não é suscetível de continuar a considerar-se numa perspetiva estritamente individual (Barnes e Mercer, 2003 *cit in* CRPG, 2007).

De acordo com Dixon (2007), qualquer comunidade tem o dever de permitir e promover o acesso da pessoa com incapacidade à participação ativa em sociedade, de forma justa e igualitária, tendo como base a abordagem globalizante dos direitos humanos. Assim, nos últimos anos, a defesa dos direitos humanos e do valor da pessoa, o respeito pela diferença e diversidade, o combate à discriminação, a crescente consciencialização social e a gradual responsabilização política, são aspetos afincadamente defendidos e fomentados por diversas organizações internacionais. Estas iniciativas culminaram num movimento social amplo e vigoroso que abrange cada vez mais países, conduzindo a inovadoras e profundas alterações societárias (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Por outro lado, estima-se que cerca de 10% da população mundial experiencie qualquer tipo de incapacidade, sendo de sublinhar que se trata de cerca de 650 milhões de pessoas em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde, 2008). A dimensão desta população, justifica um investimento significativo em consciencialização e sensibilização, bem como em criação de informação científica válida e fidedigna. A disponibilidade deste conhecimento terá um papel extremamente importante no desenho de linhas orientadoras de políticas ativas para a desmistificação de mitos enraizados culturalmente e para a melhoria da qualidade de vida da população em estudo.

É neste contexto que surgem novas formas de encarar a incapacidade, efetivando-se uma evolução conceptual e uma alteração de classificações e modelos de análise, que se esclarecerão ao longo deste segundo capítulo. Portanto, em seguida, estuda-se de forma mais aprofundada a evolução do conceito de incapacidade, clarificam-se as várias classificações de incapacidade existentes, caracteriza-se a população com incapacidade no Mundo, na Europa e em Portugal, e, por fim, analisam-se os condicionantes ou obstáculos que se interpõem entre estes indivíduos e a sua participação social ativa.

## 2.1 A evolução do conceito de incapacidade

Até aos nossos dias, a incapacidade, designada por deficiência tem sido percebida e analisada de acordo com perspetivas de profunda ignorância. Comummente, em ambientes, manifestações religiosas ou ações de caridade, o indivíduo deficiente tem sido encarado como supra ou infra humano, considerando-se um castigo ou dádiva de Deus (Dixon, 2007). Por outro lado, em meios científicos, a deficiência tem sido classificada como sinónimo de “aberração”, o que, tem conduzido a uma curiosidade desmedida, culminado na exposição e humilhação pública dos indivíduos. Segundo Dixon (2007), é possível ainda identificar a perceção pseudo-social, sendo esta provavelmente a mais trivial e talvez a mais perigosa das óticas. Nesta perspetiva, a sociedade reconhece a deficiência, concebe que esta população tem necessidades especiais e encarrega-se de tomar medidas para colmatar essas necessidades, comprometendo-se a contribuir para a melhoria das suas condições de vida. No entanto, o compromisso assumido só é válido num sistema social paralelo, ou seja, os valores de inclusão e igualdade social são ignorados. A deficiência enfrentou e ainda enfrenta, deste modo, problemas associados à discriminação de minorias, não só ao nível cultural e social, mas também ao nível económico e político. Assim, vai persistindo a imagem desvalorizada e desvalorizante da população com diferentes tipos de deficiência e graus de limitações (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Deste modo, as Nações Unidas fundaram o princípio da igualdade para todos, afirmando a dignidade e o valor de todos os seres humanos, promovendo, primariamente, a justiça social. Em

1948, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, sublinha-se o artigo 25º que assegura o direito a segurança e proteção no caso de desemprego, doença, incapacidade, viuvez, envelhecimento ou outras circunstâncias fora do controlo do indivíduo (UNESCO, 1998). Porém, a partir de 1950, o foco das Nações Unidas no que diz respeito à incapacidade, modificou-se, evoluindo de uma perspectiva de bem-estar proteccionista, para uma perspectiva de bem-estar social.

Nos anos 70, difunde-se esta nova abordagem, desenvolvendo-se a sua aceitação a nível internacional, aconselhando-se os estados membros a ter em conta as recomendações da Declaração dos Direitos das Pessoas com Incapacidade na formulação de políticas, planos e programas. Proclama-se, também o ano de 1981 como o ano Internacional da Pessoa com Incapacidade, salientando-se que este ano deveria ser dedicado à integração social total das pessoas com incapacidade, encorajando-se o desenvolvimento de estudos e projectos de investigação que tivessem como objectivo sensibilizar e educar a opinião pública relativamente aos direitos desta população.

Durante os anos 80, realizaram-se enúmeros esforços para aprimorar a situação e qualidade de vida das pessoas com incapacidade, tendo como principal meta o incremento da integração social, bem como a harmonização física e psicológica desta população. Foram lançados programas de reabilitação e de prevenção da incapacidade, desenvolvendo-se cada vez mais investigação nesta área, implementação de políticas inclusivas, evolução legislativa e descentralização de níveis nacionais para níveis locais de assistência (Organização Mundial de Saúde, 2011a).

Até aqui, a incapacidade era analisada como um estado que altera a essência da pessoa, associando-se a uma condição ou imagem que tende a ser depreciada. No entanto, a partir dos anos 80, os próprios indivíduos com deficiências ou incapacidade tomam consciência de que as atitudes e políticas que lhes são dirigidas, são preconceituosamente insuficientes. A partir deste momento, começam a emergir novos quadros conceptuais que defendem e enfatizam a importância do papel do meio ambiente no processo que conduz à incapacidade (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Por sua vez, é importante clarificar e distinguir dois termos chave, muitas vezes utilizados como sinónimos, mas que testemunham os progressos a que se tem vindo a assistir neste campo, são eles: “deficiência” e “incapacidade”. A deficiência define-se como a falta total ou parcial ou funcionamento defeituoso de um membro ou órgão do corpo (Harris & Enfield, 2003). A utilização deste termo tem vindo a cair em desuso, devido à sua conotação negativa e prejudicial, já que a presença de uma deficiência, pode ou não restringir uma capacidade ou funcionalidade do indivíduo, ou seja, o facto de um indivíduo não possuir uma perna, não quer, por isso, dizer que não seja capaz de andar. Consequentemente, tem-se vindo a adotar o termo “incapacidade”. A incapacidade, para além de se considerar um termo mais neutro, define-se como a desvantagem ou restrição de participação do indivíduo socialmente, causada pela organização contemporânea

da sociedade (Harris & Enfield, 2003). Isto é, a ênfase é colocada no ambiente que rodeia o indivíduo e não na sua condição física.

Assim, em 1980, a Organização Mundial de Saúde cria a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (ICIDH). Através desta classificação, faz-se, pela primeira vez, o cruzamento entre os conceitos de funcionalidade e de incapacidade, distinguindo deficiência, incapacidade e desvantagem. Desta maneira, segundo a ICIDH existiriam 3 níveis de experiência de uma deficiência, tal como se pode observar na Figura 6.



**Figura 6** - Níveis de experiência de uma deficiência

**Fonte:** Elaborado com base em OMS, 2001

No domínio da saúde, a deficiência corresponderia a qualquer perda ou anomalia da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatómica. A incapacidade corresponderia a toda a restrição (resultante de uma deficiência) parcial ou total da capacidade para realizar uma actividade, de uma forma ou dentro de um intervalo, considerado normal para um ser humano. A desvantagem social de um indivíduo seria o prejuízo resultante de uma deficiência ou de uma incapacidade, que impediria o cumprimento de um papel considerado normal, para a idade, sexo e contexto sócio-cultural (Organização Mundial de Saúde, 2001). A esta primeira tentativa de classificação e distinção de conceitos relacionados com a deficiência, apontam-se algumas limitações. Trata-se claramente de uma abordagem médica, verificando-se a causalidade entre a deficiência e a desvantagem, a insuficiência na descrição do conceito de desvantagem e a ausência da dimensão ambiental ou envolvente.

A partir de 1990 enfatizou-se a necessidade de criação de uma “sociedade para todos”, advogando-se a participação de todos os cidadãos em todas as esferas sociais, incluindo as pessoas com incapacidade. Do novo milénio em diante, adoptou-se a Convenção dos Direitos das Pessoas com Incapacidade, sendo que todos os países membros das Nações Unidas se comprometeram a proteger e promover esses direitos, salvaguardando a dignidade destes indivíduos (Organização Mundial de Saúde, 2011a).

Neste sentido, em 2001 criou-se a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), para colmatar as limitações identificadas anteriormente. Assim, a CIF surge com o intuito primordial de proporcionar uma linguagem única e padronizada, assumindo-se como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde.

A CIF proporciona uma base científica de compreensão e estudo dos determinantes da saúde, estabelecendo uma linguagem universal e um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde, tal como se pretende descrever e esclarecer nos pontos seguintes, na medida em que esta evolução permitiu melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores,

nomeadamente, profissionais de saúde, investigadores, políticos e decisores e a população geral, incluindo os indivíduos com incapacidade, possibilitando, igualmente, a comparação de dados entre países, entre serviços e entre disciplinas relacionadas, ao longo do tempo.

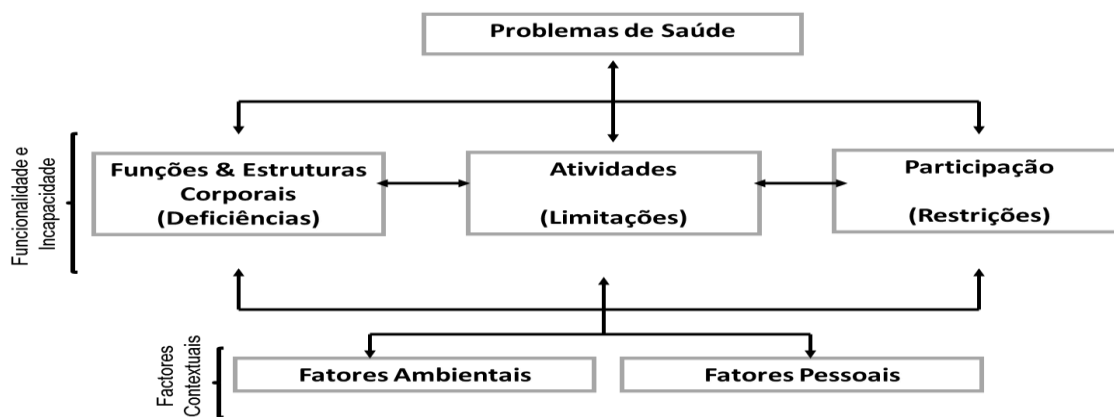
## 2.2 Classificação de incapacidade

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) é a classificação em vigor para a sistematização dos domínios dos indivíduos com uma determinada condição de saúde, isto é, a descrição do que uma pessoa com uma doença ou perturbação faz ou pode fazer. A funcionalidade é um termo que engloba todas as funções do corpo, atividades e participação. A incapacidade inclui deficiências, limitação da atividade ou restrição na participação, enquanto que saúde se reflete no completo bem-estar físico, social e mental (Organização Mundial de Saúde, 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2004), a grande inovação introduzida na CIF é afirmação do relacionamento de fatores ambientais que interagem com todos os constructos descritos anteriormente. Desta forma, a classificação permite ao utilizador registar perfis úteis da funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos em vários domínios. A CIF organiza a informação através de duas áreas *umbrella* de estudo, uma denominada Funcionalidade e Incapacidade e outra de Factores Contextuais.

Dentro da área de Funcionalidade e Incapacidade, incluem-se dois componentes: as Funções e Estruturas do Corpo e as Atividades e Participação. O componente Funções e Estruturas do Corpo inclui duas classificações, uma para as funções dos sistemas orgânicos e outra para as estruturas do corpo. O componente Atividades e Participação engloba domínios que indicam os aspetos da funcionalidade na perspetiva individual e social (ver Figura 7).

No que concerne à área de Factores Contextuais, é importante sublinhar que esta inclui fatores ambientais e pessoais. Os fatores ambientais têm um efeito direto sobre os componentes da área de Funcionalidade e Incapacidade, organizando-se de forma sequencial, do ambiente mais próximo do indivíduo até ao ambiente geral. Os fatores pessoais não estão classificados na CIF devido à grande variação social e cultural que lhe está associada (Organização Mundial de Saúde, 2004).



**Figura 7 - Interações entre os componentes da CIF**

**Fonte:** Elaborado com base em OMS (2001)

As Funções e Estruturas do Corpo e as Atividades e Participação, componentes da Funcionalidade e Incapacidade, são, habitualmente, expressos de duas formas. Uma delas é usada para indicar problemas, designadamente incapacidade, limitação da atividade ou restrição de participação, denominadas pelo termo genérico deficiência. Outra é utilizada para exprimir aspetos não problemáticos ou neutros da saúde e dos estados relacionados com a saúde, resumidos sob o termo de funcionalidade.

Sabendo que atividade significa a execução de uma tarefa ou de uma acção, e que participação significa tomar parte de algo ou nalguma situação de vida, definiu-se, que as limitações dizem respeito às atividades e que as restrições se relacionam com a participação. As limitações designam, portanto, as dificuldades que um indivíduo apresenta para desenvolver uma actividade e as restrições correspondem aos problemas que um indivíduo encontra quando pretende participar numa qualquer situação de vida real (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Para clarificar estes conceitos e segundo a Organização Mundial de Saúde (2001), um indivíduo pode apresentar várias deficiências, sem, por isso, ter qualquer limitação de capacidade, sendo que o inverso também é possível, ou seja, uma pessoa pode ter problemas de desempenho e limitações de capacidade, sem apresentar quaisquer deficiências evidentes. Por outro lado, é de referir que um sujeito pode ter limitações de capacidade se não tiver assistência, ou seja, um indivíduo com limitações de mobilidade pode e deve beneficiar, por parte da sociedade, de ajudas tecnológicas de assistência para se movimentar.

Assim, a Funcionalidade e Incapacidade, bem como os Factores Contextuais são duas áreas intimamente relacionadas que interagem entre si através dos seus componentes, que por sua vez, são interpretados segundo domínios e constructos, que são operacionalizados através do uso de qualificadores: aspectos positivos e negativos. Desta maneira, para que se compreenda mais facilmente esta interligação, apresenta-se a tabela abaixo, com a visão geral da CIF.



**Tabela 1 – Visão geral da CIF**

Parte 1: Funcionalidade e Incapacidade				Parte 2: Factores Contextuais	
Componentes	Funções e Estruturas do Corpo		Atividades e Participação	Fatores Ambientais	Fatores Pessoais
Dominios	Funções do Corpo Estruturas do Corpo		Áreas Vitais (tarefas, acções)	Influências externas sobre a funcionalidade e a incapacidade	Influências internas sobre a funcionalidade e a incapacidade
Constructos	Mudança nas funções do corpo (fisiológicas) Mudança nas estruturas do corpo (anatômicas)	Capacidade Execução de tarefas num ambiente padrão Desempenho/Execução de tarefas no ambiente habitual	Impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal	Impacto dos atributos de uma pessoa	
Aspetos positivos	Integridade funcional e estrutural		Actividades Participação	Facilitadores	Não aplicável
Funcionalidade					
Aspetos negativos	Deficiência	Limitação da actividade Restrição da participação	Barreiras	Não aplicável	
Incapacidade					

**Fonte:** Elaborado com base em OMS, 2004

Desta maneira, a funcionalidade e a incapacidade de uma pessoa são concebidas como uma interação dinâmica entre os estados de saúde (doenças, perturbações, lesões, traumas, etc.) e os factores contextuais. Como já foi indicado anteriormente, os factores contextuais englobam factores pessoais e ambientais. Os factores ambientais interagem com todos os componentes da funcionalidade e da incapacidade. O constructo básico do componente dos factores ambientais é o impacto facilitador ou limitador das características do mundo físico, social e atitudinal.

A grande inovação da CIF é a utilização de uma linguagem neutra, renunciando à linguagem negativista da antiga ICIDH. Através da actual classificação os factores ambientais são valorizados e tida em consideração a pluralidade de influências dos vários conceitos. Desta forma, é possível definir e distinguir diversos conceitos até aqui utilizados como sinónimos ou geradores de dúvidas e confusões de significado.

Em suma e com base na CIF, diferenciam-se Funções do Corpo, que se consideram as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas) de Estruturas do Corpo, que se têm como as partes anatômicas do corpo (órgãos, membros e os seus componentes). As

deficiências, definem-se, portanto, como os problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, nomeadamente um desvio importante ou uma perda. Neste âmbito, assumiu-se que a Atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo e a Participação, o envolvimento do indivíduo numa situação da vida real. Por outro lado, considerou-se que as Limitações da Atividade se prendiam com as dificuldades que um indivíduo enfrenta na execução de atividades, e as Restrições à Participação, com os problemas que o indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações de vida real. Por último, definiu-se como Fatores Ambientais, o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Neste sentido, a atual classificação de incapacidade (CIF) não é apenas um modelo de funcionalidade e incapacidade, pode e deve ser utilizada para descrever todo o processo que conduz à incapacidade. Oferece os instrumentos necessários, de descrição, de constructos e de domínios, necessários ao desenvolvimento contínuo e evolutivo, de uma abordagem multidimensional de classificação, permitindo o estudo e a criação de modelos que se poderão adaptar a cada caso. Desta forma, descrevem-se de seguida os modelos explicativos do fenómeno da incapacidade, focando a sua evolução ao longo do tempo.

### 2.2.1 Modelos explicativos do fenómeno da incapacidade

A perda de independência física ou sensorial dá origem a importantes consequências, a vários níveis na vida dos indivíduos, designadamente (i) ao nível individual, em termos de bem-estar psicológico e qualidade de vida; (ii) ao nível económico, no que concerne às oportunidades de emprego, saída prematura do mercado de trabalho e desvantagens salariais; (iii) ao nível social, relativamente ao estigma social e marginalização a que ficam sujeitos; e (iv) ao nível político, no que diz respeito a direitos, oportunidades e discriminação (Gignac & Cott, 1998).

Desta maneira, ao longo dos anos, desenvolveram-se vários modelos explicativos do fenómeno da deficiência e incapacidade, especificamente os modelos religioso, médico, social e biopsicossocial.

O foco central desta discussão é a evolução de movimentos explicativos da incapacidade com base em modelos médicos e sociais, centrados e restritivos, para modelos abrangentes e direcionados para a interação dos indivíduos com o meio envolvente, ao nível político, social e económico, baseados na plena integração em sociedade.

Apresentam-se, então, de seguida os quatro modelos explicativos do fenómeno da incapacidade, para que se possam compreender as várias perspetivas relativas a este fenómeno e analisar os progressos a que se tem vindo a assistir neste âmbito.

### *2.2.1.1 Modelo Religioso*

O modelo religioso representa a visão das pessoas com incapacidade como vítimas das suas deficiências, difundindo a imagem do indivíduo com incapacidade como inevitável beneficiário de caridade, esmola e serviços de apoio (Harris & Enfield, 2003). A incapacidade é encarada como uma tragédia ou forma de sofrimento profundo, situação avassaladora, sobre a qual se deve ter pena e prestar cuidados. Ao mesmo tempo e segundo esta perspetiva, o próprio indivíduo com incapacidade, sentindo-se desvalorizado, percebe-se a si próprio como insignificante socialmente. Neste sentido e através do conhecido “efeito de espelho”, muitos indivíduos com incapacidade refletem ou percebem-se a si próprios, de acordo com as atitudes das pessoas que os rodeiam, acabando por acreditar inquestionavelmente que são pessoas incapazes (Harris & Enfield, 2003; Mackelprang, 2010).

Harris & Enfield (2003) explicam que os próprios serviços são desenhados para as pessoas com incapacidade, talvez com a melhor das intenções, mas com insuficiente consulta das opiniões e necessidades dos indivíduos. Segundo esta perspetiva, os cuidadores tornam-se inaceitavelmente poderosos, tomando todas as decisões acerca da vida daqueles de quem cuidam, um exemplo chocante que exemplifica claramente este assunto, é a esterilização de mulheres com incapacidade, sem a sua consulta, consentimento ou aval.

Deste modo, não é invulgar que haja muitas pessoas com incapacidade excessivamente dependentes da sua fonte de ajuda e cuidado, já que a sua autonomia não é estimulada ou promovida, nem por elas próprias, nem pelas pessoas que as rodeiam ou meio envolvente. Em muitos casos, se os cuidadores considerarem que o indivíduo com incapacidade por quem zelam, não é merecedor da sua caridade, esta única ajuda poderá ser negligenciada.

Na atualidade, com o aparecimento de vários movimentos de defesa dos direitos das pessoas com incapacidade, tem-se vindo a valorizar e a focar as suas capacidades e habilidades, em vez das suas deficiências, o que ajudou a desenvolver e clarificar o conceito de incapacidade. Desta maneira, o modelo religioso tem vindo a perder relevância na sociedade contemporânea.

### *2.2.1.2 Modelo Médico*

O modelo médico tem sido, tradicionalmente, dominante. Segundo este modelo, a incapacidade é vista como um problema físico do indivíduo que necessita de cura (Harris & Enfield, 2003), perspetiva-se como um problema individual da pessoa, consequência de uma doença, que necessita de tratamento e acompanhamento médico (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Esta linha de pensamento relativamente à incapacidade tem a sua origem no período do pós-guerra da Segunda Guerra Mundial, em que o mundo se deparou com duas realidades marcantes. A primeira, relacionada com a transição epidemiológica, caracterizada pela diminuição de doenças infecciosas, devido à descoberta de antibióticos e ao aumento de doenças crónicas. A segunda, relativa à transição demográfica, devido à combinação da diminuição da taxa de natalidade e do crescimento da taxa de mortalidade, aliada ao aumento da esperança média de vida e consequente aumento da população idosa (Riedmatten, 2002). Neste contexto, urgia a necessidade de criar suportes explicativos para a incapacidade. Assim, surge o modelo médico caracterizado pelo slogan: “Uma causa, uma doença, um tratamento” (Riedmatten, 2002).

Neste âmbito, privilegia-se uma lógica individual em que o âmago das políticas de incapacidade se concentra na prestação de cuidados, preferencialmente médicos. Induz-se, portanto, a desvalorização da identidade da pessoa com incapacidade, já que os fatores pessoais são considerados como os únicos determinantes do processo de doença, deficiência, incapacidade e desvantagem. Através deste ponto de vista, a sociedade categoriza-se entre indivíduos com e sem incapacidade, isolando-se, assim, o indivíduo com incapacidade socialmente (Santos, 2006).

Não é surpreendente, que se tenha assistido, conseqüentemente, à construção de instituições especiais para fins residenciais, de educação e de trabalho, investindo-se na especialização de serviços e programas para a população com incapacidade (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). Evidentemente, as intervenções especializadas e os mecanismos de apoio à reabilitação, têm-se revelado importantes contributos para uma maior qualidade de vida da população em estudo, contudo, os seus efeitos segregadores, sobretudo nalgumas esferas da vida e dos percursos educacionais e profissionais são altamente questionáveis.

O modelo médico é problemático, na medida em que se concentra excessivamente no desejo de resolver a deficiência da pessoa com incapacidade, ou seja, este indivíduo é sempre encarado como um eterno paciente, relegando-se-lhe um papel puramente passivo (Kimberlin, 2009). A busca incessante pela cura da deficiência é, muitas vezes, prolongada, penosa e desnecessária, significando que o indivíduo com incapacidade tem de colocar a sua vida pessoal e social “em espera”, enquanto os profissionais de saúde se esforçam por devolver ao seu corpo um nível mais “normal” de funcionamento (Mackelprang, 2010). Nesta ótica, o perigo reside, igualmente, quando a medicina não possui capacidade para solucionar a deficiência, em que a pessoa com incapacidade é encarada como um sujeito sem esperança, considerando-se que a sua vida não tem valor (Harris & Enfield, 2003).

Medidas preventivas para acautelar a incidência de deficiências e para promover a sua deteção atempada, são também características do modelo médico. Deste modo, não será prudente rejeitar-se o modelo médico, porém, é importante sublinhar que o fenómeno da incapacidade engloba muito mais dimensões para além das implicações médicas. De acordo com Harris & Enfield (2003), o equívoco deste modelo é concentrar-se exclusivamente na cura, focando-se no

paciente com necessidades médicas, ao invés, de investir na gestão e promoção da qualidade de vida dos indivíduos, que apresentam um conjunto de necessidades muito mais abrangente.

### 2.2.1.3 Modelo Social

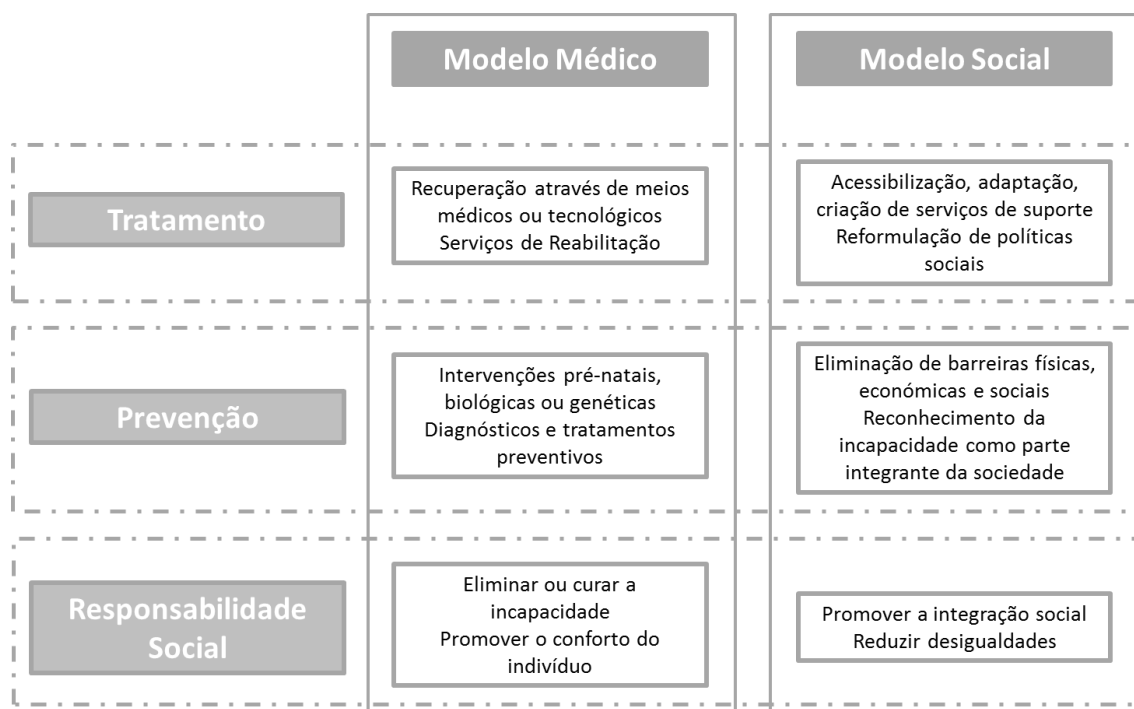
A forma como a sociedade se organiza atualmente, implica, muitas vezes a exclusão das pessoas com incapacidade da participação social, sendo que o modelo social de incapacidade defende a supressão desta lacuna. Assim, este modelo identifica três grandes barreiras que se impõem à população com incapacidade: físicas, institucionais ou interativas e atitudinais (Harris & Enfield, 2003). As barreiras físicas estão relacionadas com a exclusão relativa ao meio construído, as barreiras institucionais, dizem respeito à exclusão sistemática ou negligente ao nível social, legal, educacional, religioso e político, e por fim, as barreiras atitudinais.

Ora, o modelo social define-se por considerar a incapacidade como um problema criado pela sociedade, ou seja, um constrangimento intrínseco à interação e integração do indivíduo com a sociedade. No fundo, de acordo com o modelo social, a incapacidade não é mais do que uma questão política (Kimberlin, 2009; Organização Mundial de Saúde, 2004). A estrutura ou organização da sociedade, a pouca consideração em termos de acessibilidades, mentalidades e atitudes que excluem a participação ativa das pessoas com incapacidade do *mainstream* das atividades sociais, assumem-se como barreiras inequívocas com implicações significativas nas vidas dos indivíduos com incapacidade.

Assim, sabendo que as necessidades básicas das pessoas com incapacidade não diferem da restante população: amor, educação, emprego, participação plena em sociedade, acessibilidades adequadas e liberdade de escolha (Harris & Enfield, 2003), a abordagem social à incapacidade prevê que os sujeitos com incapacidade recuperem o controlo das suas próprias vidas. Para muitas pessoas com incapacidade a sua grande limitação encontra-se precisamente no meio social envolvente e não na natureza da sua incapacidade (Harris & Enfield, 2003). A incapacidade é aceite como neutral, dependendo a sua significância concreta para a qualidade de vida do indivíduo, da resposta da sociedade a esta condição (Mackelprang, 2010).

Desta forma, o modelo social de incapacidade propõe a compreensão do conceito através da análise de mentalidades junto das famílias das pessoas com incapacidade, das comunidades e, globalmente, das sociedades. Ao contrário do modelo médico, a tónica é colocada no ambiente que envolve o indivíduo com incapacidade e não na própria deficiência ou no indivíduo isoladamente.

De uma maneira geral, a incapacidade poderá ser percebida como uma patologia individual ou social, dependendo do foco. Segundo o modelo médico o foco está na pessoa, enquanto que de acordo com o modelo social o foco encontra-se na sociedade, tal como se ilustra na Figura 8.



**Figura 8 – Modelo médico versus modelo social**

**Fonte:** Elaborado com base em Riedmatten (2002)

Na definição do problema, o modelo médico descreve a pessoa com incapacidade como sendo um indivíduo defeituoso sem competências para desenvolver os seus papéis sociais de forma autónoma. No modelo social, a incapacidade depende da organização institucional e política das sociedades. No entanto, nenhuma das abordagens descritas elucida o problema da incapacidade na sua globalidade (Riedmatten, 2002). A compreensão da incapacidade reside na evolução e conjugação das várias perspetivas. O papel social do indivíduo com incapacidade não poderá ser o de paciente ou doente, mas sim a de consumidor ou cliente.

Depois de discutidos alguns modelos centrais de compreensão da incapacidade, a literatura revela o aparecimento de novos quadros conceptuais que vão mais além dos já apresentados, reunindo uma visão holística e coerente das diferentes perspetivas: biológica, individual e social, como explicitaremos de seguida através do atual modelo biopsicossocial.

#### 2.2.1.4 Modelo Biopsicossocial

O modelo médico até há pouco tempo, dominava a forma como as pessoas encaravam a incapacidade. Através deste modelo, as pessoas com incapacidade são vistas como pessoas doentes que necessitam de acompanhamento médico e que são incapazes de participar de forma autónoma no “mundo” e que, por isso, devem estar afastadas deste (Richards, Pritchard, & Morgan, 2010). Neste contexto, os sujeitos com incapacidade foram despersonalizados e

institucionalizados. Como estavam ocultos socialmente, não se “observava” a necessidade de alteração de comportamento perante esta situação. Contudo, a partir dos anos 70, os ativistas dos direitos humanos desafiaram este modelo, focando a sociedade como instrumento incapacitante. Surge, então o modelo social, que estabelece a igualdade entre todos os indivíduos, sublinhando que a sociedade é que ergue as barreiras (Richards et al., 2010). Ao longo do tempo, percebeu-se também que não se pode separar o indivíduo dos esforços sociais para a sua integração, daí que, hoje em dia, se tenha adotado o modelo biopsicossocial, que pretende harmonizar a incapacidade, o indivíduo e o ambiente que o rodeia, possibilitando uma inclusão social plena e absoluta (Richards et al., 2010).

Hoje em dia, reconhece-se que a incapacidade não é parte integrante da pessoa, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas vezes moldadas pela envolvente do indivíduo, designadamente o ambiente social. Deste modo, o foco do ambiente que envolve o sujeito não é a anomalia ou a deficiência, mas simplesmente a diferença. Neste âmbito, assume-se que é da responsabilidade de todos o respeito pelos direitos fundamentais dos seres humanos, na construção de uma “sociedade para todos” e na desmistificação de modelos estigmatizantes ou defensores da exclusão social (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006). Na mesma perspetiva, tem-se vindo a valorizar e reconhecer crescentemente os direitos das pessoas com incapacidade, o que conduz a uma reorientação ativa das políticas e práticas relacionadas com esta população, verificando-se uma maior tendência para a adaptação do meio físico, bem como para a integração plena do indivíduo com incapacidade em sociedade.

De um modo geral, é legítimo afirmar-se que o modelo médico se encontra comprometido, já que basear o processo de incapacidade apenas em classificações, categorias e critérios estritamente médicos, assentando as inferências causais relativas à deficiência em meras terminologias e conceitos, sem considerar fatores externos ou ambientais, é atualmente limitativo. Contudo, considerar apenas os fatores ambientais, sem ponderar a condição biológica e mental dos indivíduos também se afigura restritivo. O modelo biopsicossocial pretende ser multidimensional e interativo, na medida em que a incapacidade é o resultado da interação Pessoa-Meio (próximo e distal), não estabelecendo uma definição operacional de incapacidade (INR, 2009b). Este modelo tem um enfoque na avaliação funcional dos indivíduos, substituindo os diagnósticos e destacando o perfil funcional e de participação da pessoa. Esta nova abordagem baseia-se, muito simplesmente, nos direitos e na igualdade de oportunidades, nas necessidades dos indivíduos e na responsabilização coletiva da sociedade.

A evolução das abordagens conceptuais da incapacidade conduz ao reconhecimento das necessidades especiais da população com incapacidade, sugerindo que a incapacidade é um fenómeno universal e não específico de grupos minoritários (INR, 2009b) o que reflete o início de uma reestruturação de perspetivas de *mainstreaming*, sugerindo a implementação de serviços diferenciados e especializados para esta população (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007).

O desafio deste modelo é maximizar a inclusão e minimizar a exclusão, promover as capacidades e diminuir as desvantagens, impulsionar a participação e atenuar o mero assistencialismo e instigar a intervenção e extinguir a reparação (Gonçalves, 2003). O resultado do modelo biopsicossocial foi a CIF (Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde), tentando alcançar uma visão coerente das diferentes perspetivas: biológica, individual e social (Organização Mundial de Saúde, 2004), como se pretende ilustrar no ponto seguinte.

### 2.2.1 A utilização da CIF para os níveis e tipos de incapacidade

A Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde ou CIF não é mais do que uma armadura conceptual para abordar as questões relacionadas com três conceitos intimamente relacionados: saúde, incapacidade e funcionalidade. A CIF é, tal como já foi referido, um quadro de referência universal com uma linguagem comum no que diz respeito a conceitos e terminologias, pretendendo assumir-se como um sistema de classificação sistemática e multidimensional, incidindo particularmente nas estruturas e funções do corpo, nas atividades e participação e nos fatores ambientais, tendo em vista a documentação das experiências de vida dos indivíduos, bem como o seu perfil funcional e participativo (INR, 2009b).

Todos os componentes classificados na CIF são quantificados através da mesma escala genérica. Um problema pode significar uma deficiência, limitação, restrição ou barreira, dependendo do constructo. As palavras de qualificação apropriadas, conforme indicado seguidamente, devem ser escolhidas de acordo com o domínio de classificação relevante: onde xxx significa o número de domínio do segundo nível (ver Tabela 2). Para que essa quantificação seja utilizada de maneira universal, os procedimentos de avaliação devem ser desenvolvidos através de pesquisas. Estão disponíveis classes amplas de percentagens para aqueles casos em que se usam instrumentos de medida calibrados ou outras normas para quantificar deficiência, limitação de capacidade, problema de desempenho ou barreira. Por exemplo, a indicação de “nenhum problema” ou “problema completo” pode ter uma margem de erro até 5%. As percentagens devem ser calibradas nos diferentes domínios tendo como referência os valores *standard* da população, como percentis.



**Tabela 2 – Domínios de classificação da CIF**

xxx.0 Não há problema	(nenhum, ausente, insignificante)	0-4%
xxx.1 Problema LIGEIRO	(leve, pequeno, ...)	5-24%
xxx.2 Problema MODERADO	(médio, regular, ...)	25-49%
xxx.3 Problema GRAVE	(grande, extremo, ...)	50-95%
xxx.4 Problema COMPLETO	(total, ....)	96-100%
xxx.8 não especificado		
xxx.9 não aplicável		

**Fonte:** Elaborado com base em OMS (2004)

Para que se possa compreender e utilizar mais facilmente a CIF, poderá utilizar-se a Tabela 3 como exemplo.

**Tabela 3 – Qualificadores da CIF**

Componentes	Primeiro qualificador	Segundo qualificador
Funções do Corpo (b)	Qualificador genérico com a escala negativa, utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência Exemplo: b167.3 indica uma deficiência grave nas funções mentais específicas da linguagem.	Nenhum
Estruturas do Corpo (s)	Qualificador genérico com a escala negativa, utilizado para indicar a extensão ou magnitude de uma deficiência Exemplo: s730.3 indica uma deficiência grave do membro superior	Utilizado para indicar a natureza da mudança na estrutura do corpo em questão: 0 nenhuma mudança na estrutura 1 ausência total 2 ausência parcial 3 parte suplementar 4 dimensões anormais 5 descontinuidade 6 desvio de posição 7 mudanças qualitativas na estrutura 8 não especificada 9 não aplicável Exemplo: s730.32 para indicar a ausência parcial do membro superior
Atividades/Participação (d)	DESEMPENHO Qualificador genérico Problema no ambiente habitual da pessoa Exemplo: d5101.1 _ indica leve dificuldade para tomar banho se utilizar dispositivos de auxílio disponíveis no seu ambiente habitual.	CAPACIDADE Qualificador genérico Limitação, sem ajuda Exemplo: d5101._2 indica dificuldade moderada para tomar banho sem o recurso a dispositivos de auxílio ou a ajuda de outra pessoa.
Fatores Ambientais (e)	Qualificador genérico, com escala negativa e positiva, para indicar, respetivamente, a extensão das barreiras e dos facilitadores Exemplo: e130.2 indica que os produtos para a educação são um obstáculo moderado. Inversamente, e130+2 indicaria que os produtos para a educação são um facilitador moderado	Nenhum

**Fonte:** Elaborado com base em OMS (2004)

Tal como se pode verificar, a CIF agrupa, de maneira sistemática, os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde. Dentro de cada componente, os domínios são agrupados de acordo com as suas características comuns e ordenados segundo essas características. A classificação está organizada de acordo com um conjunto de princípios. Esses princípios referem-se à capacidade de inter-relação dos níveis e à hierarquia da classificação (conjuntos de níveis). No entanto, algumas categorias na CIF estão organizadas de maneira não hierárquica, sem nenhuma ordem, mas como membros iguais de um mesmo ramo.

Com a CIF ultrapassaram-se, muitas das críticas dirigidas à anterior classificação de 1980, nomeadamente: a sua conotação com o "modelo médico" e o não ter acompanhado as evoluções conceptuais, científicas e sociais, relacionadas com as questões da deficiência e da incapacidade. Especificamente, as críticas mais frequentemente apontadas à ICDH, residem no facto de estabelecer uma relação causal e unidirecional entre: deficiência - incapacidade - desvantagem; centrar-se nas limitações do indivíduo; não contemplar o papel determinante dos fatores ambientais (INR, 2009).

Assim, com a adoção da CIF passa-se de uma classificação de "consequência das doenças" da ICDH, versão de 1980, para uma classificação de "componentes da saúde" (CIF), sendo decisivo o seu papel na consolidação e operacionalização de um novo quadro da funcionalidade, da incapacidade humana e da saúde. Esta nova formulação é, portanto, uma nova classificação universal do funcionamento humano em termos neutros, sendo a incapacidade o resultado da interação das características da pessoa e dos ambientes físicos e sociais (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007).

Neste sentido, é possível diferenciar e estabelecer tipologias de incapacidade. A Organização Mundial de Saúde define incapacidade como a restrição ou ausência da capacidade para realizar uma actividade da forma que se considera normal, tal como já foi referido anteriormente. Existem, portanto, quatro tipos de incapacidade: intelectual, física ou motora, auditiva e visual.

A incapacidade intelectual diz respeito ao funcionamento mental dos indivíduos quando este se revela inferior à média, comprometendo o desenvolvimento global dos indivíduos, podendo ainda afetá-los a outros níveis: motor, cognitivo, perceptivo, linguístico, afetivo e social. A incapacidade física ou motora está relacionada com as dificuldades em realizar funções motoras, caracterizando-se pela alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, apresentando-se sob a forma de paraplegia, paraparesia, monoplegia, tetraplegia, nanismos, ostomia, entre outras. A incapacidade auditiva refere-se ao funcionamento inferior à média no que concerne o aparelho auditivo, podendo dar-se a perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais, aferida por audiogramas nas frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. Por fim, a incapacidade visual corresponde a dificuldades de visão, traduzindo-se pela acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Sintetizando, hoje em dia, a CIF é a classificação em vigor para a incapacidade, tendo-se realizado avanços significativos relativamente à abordagem desta temática. Desde o modelo

religioso, passando pelo modelo médico até ao modelo social, verifica-se que a evolução das sociedades permite atualmente uma visão holística e integrada deste conceito. Deste modo, e depois de esclarecidas classificações e tipologias de incapacidade, vislumbra-se a necessidade de perceber a situação das populações com incapacidade no Mundo, na Europa e, sobretudo, em Portugal.

### 2.3 A pessoa com incapacidade no Mundo e na Europa

De acordo com último Relatório Mundial sobre Incapacidade, publicado em 2011 (Organização Mundial de Saúde, 2011b), foi no ano de 2004 que se apuraram os resultados dos estudos da “Pesquisa Mundial de Saúde” e da “Carga Global de Doenças”, desenvolvidos pela Organização Mundial de Saúde, no sentido de perceber, não só quantos indivíduos com incapacidade existiriam no Mundo, mas também quais os métodos e mecanismos de recolha de dados e informação acerca desta população nos países. Desta forma, verificou-se que existiam cerca de 650 milhões de pessoas com incapacidade em todo o mundo, sendo de salientar que cerca de 200 milhões, dentro deste conjunto, seriam crianças. Segundo a mesma fonte, a partir dessa data (2004) realizaram-se apenas estimativas previsionais, chegando-se à conclusão que, em 2010, existiam 6,9 biliões de pessoas com incapacidade em todo o mundo, e desse, 1,86 biliões teriam menos de 15 anos de idade. Deste modo, incluindo as crianças, estimou-se que mais de um bilião de pessoas, ou seja, aproximadamente 15% da população mundial, estaria numa situação de incapacidade (Organização Mundial de Saúde, 2011b). Na Europa, a população com incapacidade atinge os 80 milhões de pessoas (Comissão Europeia, 2010) e, especificamente, em Portugal existem aproximadamente 2 milhões de pessoas que apresentam algum tipo de incapacidade (INE, 2012).

A origem das incapacidades está, na sua maioria, relacionada com situações crónicas, assinaladamente doenças cardiovasculares e respiratórias, cancro e diabetes; lesões causadas por acidentes de viação, quedas, rebentamento de minas e violência; doença mental; má nutrição e doenças infectocontagiosas (Organização Mundial de Saúde, 2008).

É estimado que 15% da população mundial apresenta algum tipo de incapacidade (Organização Mundial de Saúde, 2011b), desordens físicas, auditivas, visuais, intelectuais ou psíquicas (Yau, McKercher, & Packer, 2004) e que este número tem tendência efetiva de crescimento. O envelhecimento populacional a que se tem vindo a assistir, associado aos avanços tecnológicos e medicinais que prolongam e preservam a vida, são fatores que testemunham a correlação entre incapacidade e envelhecimento (Comissão Europeia, 2007). Prevê-se que em 2030 cerca de 60% da população idosa mundial terá mais de 65 anos e que, conseqüentemente, se verifique a duplicação do número de pessoas idosas com incapacidade por volta do ano 2050 (Ratzka, *cit in*

Camisão, 2006). Desta maneira, no futuro, grande parte da população mundial terá algum tipo de incapacidade ou limitação física ou sensorial, comprometendo a sua autonomia (Camisão, 2006).

Neste contexto, a população com incapacidade deixará de ser considerada um nicho populacional ou uma minoria, devendo ainda sublinhar-se que a situação de incapacidade não afeta apenas o indivíduo, mas também a sua família e amigos. Logo, o número de pessoas direta ou indiretamente afetadas por questões relacionadas com a incapacidade tenderá a crescer exponencialmente em termos percentuais. Ingstad e Whyte (1995 *cit in* Stodolska, 2006) destacam que 25% da população mundial é afetada por uma incapacidade, seja pessoalmente, seja através de um membro da sua família e, de acordo com a Comissão Europeia (2014), em 2011, existiam, na Europa, 49,8 milhões de pessoas com incapacidade, com idades entre os 15 e os 64 anos, sendo que esta taxa se elevaria para 80,8 milhões de indivíduos, com o acréscimo daqueles com mais de 65 anos. No entanto, será ainda de destacar que o número se eleva para 138,6 milhões, quando se considera toda a população europeia com necessidades especiais.

Por outro lado, há que ponderar que a incapacidade pode ser congénita ou adquirida, grave ou moderada, caracterizada por um único evento ou degenerativa ao longo do tempo. Na Europa, segundo dados da Comissão Europeia (2007) os indivíduos com incapacidade congénita tendem a apresentar níveis de educação menos elevados, do que aqueles que adquirem uma incapacidade ao longo da vida. De acordo com a mesma fonte, estas pessoas apresentam qualificações débeis, sendo que apenas 63%, com idades compreendidas entre os 16 e os 19 anos, participaram em actividades educativas, e mais de 50%, com idades entre os 25 e os 64 anos, não têm qualquer tipo de qualificações académicas. Assim, de forma global, Shriner (2001) destaca que, no mundo, 80% da população com incapacidade reside em países desenvolvidos e enfrenta graves limitações e barreiras de acesso à educação e emprego.

Por conseguinte, e no âmbito europeu, a falta de participação ao nível da educação reflete-se na taxa de empregabilidade que ronda os 50%, verificando-se que as pessoas com incapacidade que apresentam qualificações de nível superior, têm grandes dificuldades em encontrar emprego (48%), comparativamente com os seus pares sem incapacidade (Comissão Europeia, 2007). Contudo, é igualmente importante frisar que a Estratégia Europeia 2010-2020 apresenta como objetivo global de empregabilidade, uma taxa de 75%, frisando como linha estratégica orientadora para a sua concretização, a aposta num crescimento inteligente, sustentável e inclusivo das pessoas com incapacidade no mercado de trabalho.

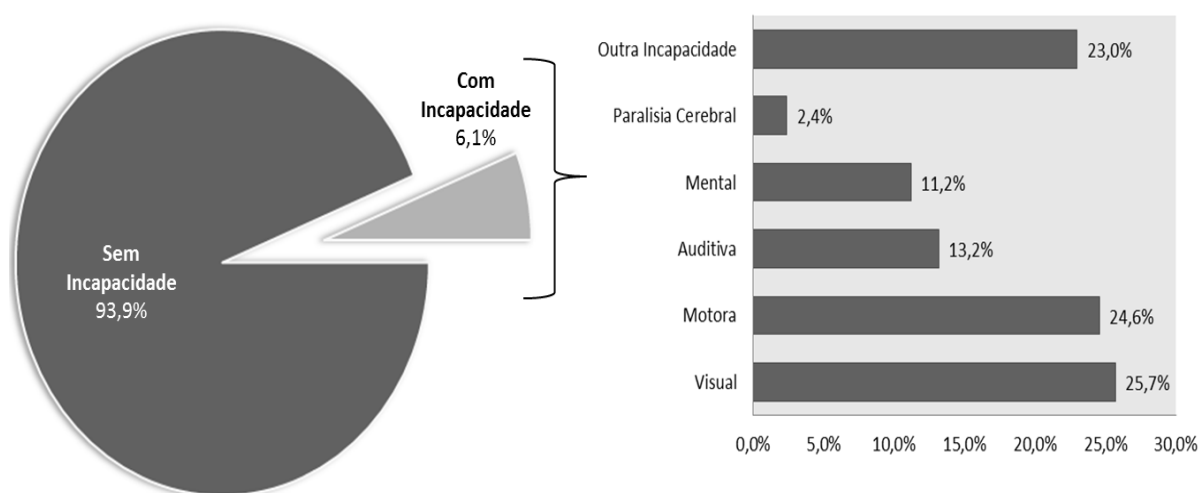
Outro estudo apresentado pela Comissão Europeia (2012) dá a conhecer que a maioria dos europeus têm ainda bastantes problemas em lidar com a incapacidade, verificando-se que a incapacidade é percecionada como facto discriminatório por 46% dos europeus, mas que, ao mesmo tempo, se encontram já positivamente sensibilizados para o assunto, sendo de sublinhar que quase a sua totalidade defende que os Estados deveriam continuar a investir recursos na remoção de barreiras arquitetónicas e implementar mais ações de consciencialização para a integração social das pessoas com incapacidade

Assim, é importante referir que desde o “Ano Internacional das Pessoas com Deficiência em 1981” se têm registado alterações significativas nas abordagens à incapacidade. Destacam-se iniciativas como o Programa de Ação sobre Pessoas com Deficiência de 1982, a Década Internacional das Pessoas com Deficiência de 1983 a 1992, e ainda as Normas sobre Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência adotadas pelas Nações Unidas em 1993 (Bellando, 2004).

Hoje em dia, no Mundo e na Europa, são plenamente reconhecimentos os direitos fundamentais de igualdade de oportunidades dos indivíduos com incapacidade. Porém, há ainda grandes necessidades no reforço do papel das sociedades em potenciar serviços de reabilitação, contribuir para a integração deste grupo nos sistemas de ensino e mercado de trabalho, ou mesmo em fomentar a simples participação em atividades sociais (Gonçalves, 2003). Deste modo, o conhecimento da realidade portuguesa torna-se essencial para a presente investigação, já que se trata do seu universo de análise, como se pretende aclarar no ponto abaixo.

## 2.4 A situação da incapacidade em Portugal

Em Portugal, de acordo com os dados dos Censos 2001, existem aproximadamente 635 mil pessoas que apresentam algum tipo de incapacidade, representando cerca de 6% da população nacional (INE, 2002). No entanto, em 2007, outros estudos estimavam já a ascensão dessa percentagem para 8,2% (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007).



**Gráfico 1** - Distribuição da população com incapacidade em Portugal, por tipo de incapacidade

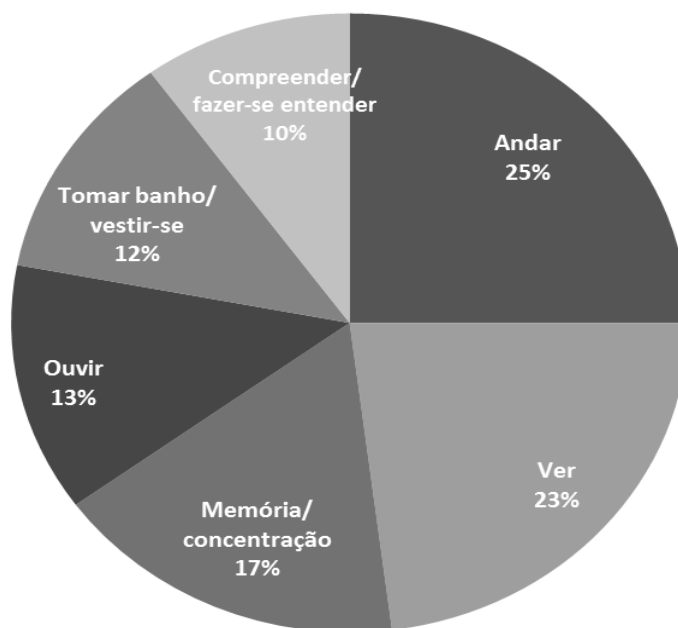
**Fonte:** Elaborado com base em INE (2002)

Através da análise do Gráfico 1 pode-se constatar que a incapacidade visual e motora, são as tipologias de incapacidade com maior incidência, representando quase 50% do número total de

peçoas com incapacidade. A incapacidade auditiva representa apenas 13,2% da população, enquanto que a incapacidade mental e a paralisia cerebral foram os tipos de incapacidade com menores incidências na população recenseada, com 11,2% e 2,4% respetivamente.

Por outro lado, verifica-se uma sobrerrepresentação masculina, rondando uma proporção de 115 homens por cada 100 mulheres. Este facto deve-se à maior incidência de acidentes de viação e de trabalho entre os homens, bem como ao elevado número de efetivos populacionais masculinos durante a Guerra Colonial. Neste contexto, é ainda de referir que a superioridade numérica se mantém em todos os grupos etários até cerca dos 70 anos, momento em que as mulheres passam a deter proporções superiores, provavelmente devido à maior esperança média de vida da população feminina, transversal a todas as sociedades desenvolvidas (Gonçalves, 2003).

Recentemente, com a realização dos Censos 2011, enfatiza-se apenas a população com dificuldades de realização de algumas atividades do dia-a-dia, por motivos de saúde ou idade (INE, 2012), onde inevitavelmente se inclui a população com algum tipo de incapacidade. Desta maneira, destaca-se que cerca de 18% da população portuguesa em 2011, com mais de 5 anos de idade, apresenta muita dificuldade em realizar pelo menos uma das seis atividades diárias, consideradas nos inquéritos dos Censos, tal como se pode observar através do Gráfico 2.



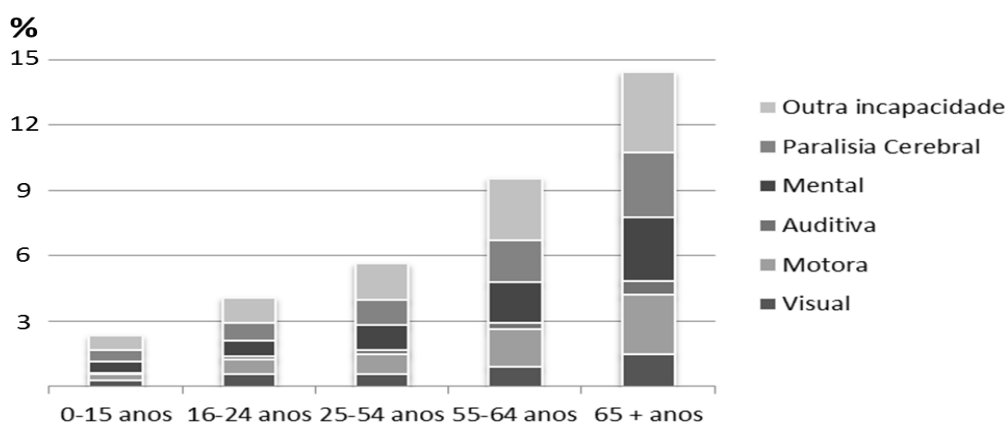
**Gráfico 2** - Tipo de dificuldade na realização das atividades diárias

**Fonte:** Elaborado com base em INE (2012)

As dificuldades na realização das tarefas de vida diárias apresentadas estão intimamente relacionadas com a incapacidade, ou seja, com dificuldades de visão, audição, locomoção, memória ou concentração, e ainda com dificuldades em compreender os outros e fazer-se entender por eles (INE, 2012). Concretamente, no âmbito dos inquiridos com este género de

difficultades, verificou-se que 25% tinha como principal limitação a locomoção e, aproximadamente, 23% destes respondentes identificaram dificuldades de visão. Ao mesmo tempo, é ainda importante referir, que na população com mais de 65 anos, este indicador de dificuldades de realização de atividades do dia-a-dia ultrapassa os 50%.

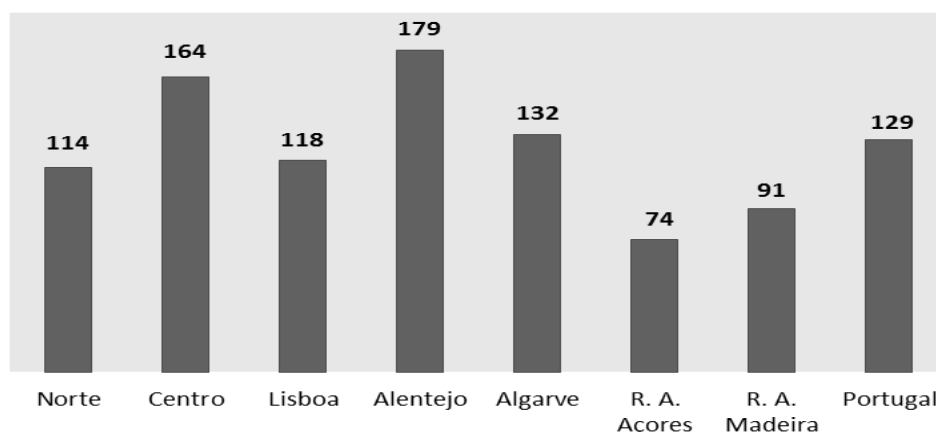
O envelhecimento populacional está, assim, intimamente relacionado com a incapacidade (Gráfico 3). Tal como se verifica a nível europeu (Comissão Europeia, 2007), existe também em Portugal uma correlação entre a crescente taxa de incidência de incapacidade e o aumento da idade, verificando-se um índice de envelhecimento da população com incapacidade (617) muito superior ao verificado para o total da população (114).



**Gráfico 3** - Taxas de incidência de incapacidade segundo o tipo, por grupos etários, em Portugal

**Fonte:** Elaborado com base em INE (2002)

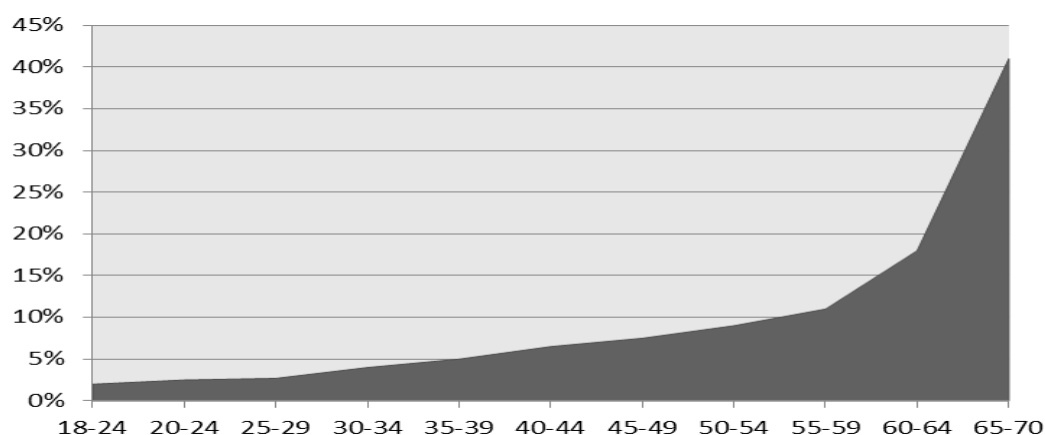
O panorama europeu repete-se em Portugal, onde, de acordo com o INE (2008), se regista um abrandamento do crescimento populacional total e um envelhecimento populacional. Em 2011, o índice de envelhecimento nacional, que exprime o número de idosos por cada 100 pessoas dos 0 aos 14 anos, acentuou-se, tendo-se verificado um índice de 129, o que significa que Portugal tem hoje mais população idosa do que jovem (INE, 2011, 2012). De uma forma global, os menores índices de envelhecimento registam-se nas Regiões Autónomas e, ao contrário, os maiores índices de envelhecimento registam-se nas Regiões do Alentejo e do Centro, com 179 e 164 respetivamente, valores estes consideravelmente acima da média nacional (Gráfico 4).



**Gráfico 4** - Índice de envelhecimento em 2011, por NUT II

**Fonte:** Elaborado com base em INE (2011)

Ao mesmo tempo, através da análise da Gráfico 5, podemos observar que em 2007, já 78,6% da população com ou incapacidade apresenta mais de 50 anos de idade, sublinhando-se que 41% dos indivíduos se encontram na faixa etária dos 65 aos 70 anos. Ora, verifica-se que a população com incapacidade é mais idosa que a restante população nacional.



**Gráfico 5** - Distribuição das pessoas com incapacidade por faixas etárias (%)

**Fonte:** Elaborado com base em CRPG (2007)

No que diz respeito a níveis de escolaridade, emprego e rendimentos o contexto especial da população com incapacidade é notório. Deste modo, a maioria dos indivíduos portugueses com incapacidade apresenta um baixo nível de instrução, uma taxa pouco elevada de empregabilidade e, consequentemente, rendimentos abaixo da média nacional.

Através da Tabela 4 denota-se que as pessoas com incapacidade que não sabem ler nem escrever ou que não frequentaram a escola é nove vezes superior à população sem incapacidade. Por outro lado, apenas 1,7% da população com incapacidade tem ensino médio ou superior completo.



**Tabela 4** - Distribuição da população com e sem incapacidade, dos 25 aos 70 anos, de acordo com o nível de escolaridade

	População com Incapacidade* (%)	População Total** (%)
Não sabe ler nem escrever ou Não frequentou a escola	21,1	3,6
1º ciclo do ensino básico	57,2	36,3
2º ciclo do ensino básico	10,6	16,4
3º ciclo do ensino básico	6,1	18,9
Ensino secundário	3,2	15,6
Ensino médio ou superior	1,7	9,3
* Amostra de 1.235 indivíduos com incapacidade em Portugal Continental		
** Amostra de 15.005 indivíduos com e sem incapacidades em Portugal Continental		

**Fonte:** Elaborado com base em CRPG (2007)

Os níveis de habilitações literárias relativamente mais baixos desta população conduzem, inevitavelmente, à precariedade no mundo do trabalho. O valor da taxa de atividade (3,9%) entre as pessoas com deficiências e incapacidade é bastante reduzida, sendo de sublinhar que a taxa de desemprego (19,9%) é, consideravelmente, superior à taxa de emprego que, por sua vez, se verifica pouco significativa, apenas 3,2% (Tabela 5).

**Tabela 5** - Taxas de Atividade, Emprego e Desemprego da população com e sem incapacidade

	População com Incapacidade* (%)
	(18-65 anos)
Taxa de atividade	3,9
Taxa de desemprego	19,9
Taxa de emprego	3,2
* Amostra de 1.235 indivíduos com incapacidade em Portugal Continental	

**Fonte:** Elaborado com base em CRPG (2007)

Neste sentido, constata-se que a situação de empregabilidade das pessoas com incapacidade é bastante delicada, havendo evidências claras da sua precariedade quando 46% dos inquiridos de um estudo acerca desta população revela que a sua classificação profissional é de operários ou assalariados agrícolas, seguindo-se os empregados executantes (36%), sendo importante sublinhar os 24% que pertencem ao grupo profissional dos trabalhadores não qualificados (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007). Intimamente relacionada com os resultados supra apresentados está a situação económica dos indivíduos com incapacidade, verificando-se que cerca de 50% da população com incapacidade auferir menos de 600 euros mensais de rendimentos líquido, sendo que 27,6% apresenta rendimentos líquidos inferiores a 403 euros, tal como se pode observar através da Tabela 6.

**Tabela 6** - Distribuição da população com incapacidade de acordo com o nível de rendimento líquido mensal do agregado familiar

Escalões de Rendimento	População com Incapacidade * (%)
Até 403 euros	27,6
De 404 a 600 euros	21,7
De 601 a 800 euros	14,2
De 801 a 1000 euros	7,9
De 1001 a 1200 euros	4,6
De 1201 a 1600 euros	2,4
De 1601 ou mais euros	1,1
Não sabe/ não responde	20,6
*Amostra de 1.235 indivíduos com incapacidade em Portugal Continental	

**Fonte:** Elaborado com base em CRPG (2007)

É ainda importante referir que muitos sujeitos com incapacidade auferem em exclusivo as suas reformas de invalidez, o que justifica igualmente a constatação de rendimentos pouco elevados da população em estudo.

Sumariamente, evidencia-se que a população com incapacidade em Portugal se encontra em pé de igualdade relativamente aos restantes países da Europa, tendo-se verificado, nas últimas décadas, um esforço extraordinário ao nível dos serviços e das políticas públicas no âmbito da incapacidade, que têm vindo a dinamizar e a ancorar desenvolvimentos na própria sociedade civil (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007).

Há, todavia, um longo caminho a percorrer em áreas frágeis como a adequação às necessidades especiais dos indivíduos com incapacidade, a otimização dos recursos e serviços de apoio a estas pessoas ou, simplesmente a sua participação social ativa. Assim, apontam-se no ponto 2.5 as principais condicionantes a essa participação no sentido de se apurarem as linhas orientadoras para a sua supressão e consequente melhoria da qualidade de vida das populações com incapacidade.

## 2.5 Condicionantes à participação social ativa

O estudo da incapacidade relativamente à participação social iniciou-se em 1940 com a investigadora Beatrice Wright da Escola Social de Psicologia de *Kurt Lewin*. A partir dessa data, muito tem sido estudado neste âmbito, tendo-se assistido a marcantes avanços relativamente aos modelos de compreensão e categorização deste importante grupo social (Nario-Redmond, 2010).

Porém, as sociedades contemporâneas apresentam ainda graves lacunas ao nível da inclusão social, mantendo desigualdades de modo sistemático, em termos de escolaridade,

empregabilidade, acessibilidade ou participação social ativa, condicionantes negativos que se reforçam mutuamente, criando um círculo vicioso de exclusão social. A título de exemplo, a falta de acessibilidade aos edifícios e transportes poderá resultar na diferenciação escolar (Kimberlin, 2009) e influenciar a escolaridade dos indivíduos, o que consequentemente influenciará o seu relacionamento com o trabalho. Por seu turno, a empregabilidade é uma das mais importantes áreas sociais que ditam identidades sociais, níveis de rendimento, padrões de consumo, reconhecimento social, referenciais cívicos e políticos, entre outros (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007).

Como se verifica, a condição económica e de emprego da população com incapacidade é habitualmente inferior à restante população, observando-se uma sobrerepresentação destes indivíduos em empregos sem remuneração, nos níveis de rendimento e de salário mais baixos, e no trabalho não-qualificado, ou ainda em situações de emprego protegido (Abbas, 2003; Blanc, 1999; Barton, 1993 *cit in* CRPG (2007). Assim, quando comparados com os seus pares sem incapacidade, estes indivíduos encontram-se claramente numa situação global de privação, empobrecimento e vulnerabilidade social (Allen, 2007; Jenkins, 1991 *cit in* CRPG (2007).

Deste modo, a participação social das pessoas com incapacidade pode ser condicionada pelas desvantagens geradas pela própria incapacidade, mas principalmente pelos seus, mais baixos, níveis sócioeducacionais e culturais e pelas oportunidades geradas pelo ambiente social onde se inserem (Gonçalves, 2003). Segundo Casas (2005) as pessoas com incapacidade são especialmente vulneráveis à exclusão social e os principais fatores que contribuem para este fenómeno são: (i) o acesso limitado aos serviços e às infraestruturas de uso público; (ii) a existência de um estigma ou preconceito relativamente à incapacidade; (iii) a falta de formação adequada dos seus cuidadores; (iv) a falta de serviços personalizados; (v) os sistemas educativos inadequados; (vi) a carência de políticas económicas para compensar a despesa extra inerente à incapacidade; (vii) a habitação em instituições de solidariedade social.

Há, ainda, que considerar atentamente que os determinantes sociais influenciam a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos sujeitos, logo, a plena participação social resultará no próprio bem-estar físico, mental e emocional dos indivíduos (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007).

Estima-se que na Europa existam cerca de 80 milhões de pessoas com incapacidade. Em Portugal, 6 em cada 100 pessoas apresentam algum tipo de incapacidade (Gonçalves, 2003). Urge, portanto, criar condições para o pleno exercício de cidadania deste importante grupo societal. Neste contexto, a Comissão Europeia (2007) transpôs para todas as leis nacionais dos estados membros uma directiva de equidade no trabalho, enfatizando o conceito de incapacidade na sua aplicação. A própria Regulamentação Geral da Comissão Europeia para 2007 – 2013 determina que a acessibilidade de pessoas com incapacidade deve ser um dos critérios a ter em consideração na definição de estratégias de empregabilidade. Portugal tem colocado em prática algumas destas linhas orientadoras, sublinhando-se o trabalho desenvolvido pelo INR – Instituto

Nacional para a Reabilitação no âmbito dos projetos “Para Todos 2011”, “Escola Alerta! – Acessibilidade a Todos”; “Incluir Mais 2011”, “Praia Acessível – Praia para Todos”, entre outros.

Por último, existe ainda um longo caminho a percorrer ao nível da participação social total do indivíduo com incapacidade. A sensibilização e consciencialização das populações para a incapacidade define-se como a linha de ação a seguir, evitando a estereotipação e consequente discriminação dos sujeitos com incapacidade. Senão vejamos o exemplo dado no âmbito da investigação de Nario-Redmond (2010): o estereótipo cultural do indivíduo com incapacidade inclui a sua assexualidade e, resultante ideia pré-concebida de não maternidade da mulher com incapacidade. Este preconceito produz impactos significativos nas políticas e serviços públicos, tais como no desenho de infraestruturas e equipamentos: comumente as casas de banho acessíveis não apresentam berçários acessíveis. A este nível, estudiosos, profissionais e políticos têm o dever de promover intervenções de suporte social advogando e acionando iniciativas de justiça social (Kimberlin, 2009).

Por outro lado, a importância económica do mercado de produtos e serviços acessíveis está a aumentar e deverá tornar-se num *driver* de inovação. A correlação entre envelhecimento e incapacidade, determina o aumento de procura de acessibilidade geral de acesso e participação.

É, por isso, fundamental desenvolver uma visão sistémica da incapacidade por forma a desenvolver novas abordagens, referenciais conceptuais, políticas e ações, tendo em vista a igualdade de oportunidades e a plena participação em sociedade da população com incapacidade. Importa, assim, compreender o indivíduo com incapacidade de uma forma mais holística, menos estigmatizada, uma vez que de acordo com a investigação realizada por Mackelprang (2010), há indivíduos com incapacidade que agradecem a sua condição, na medida em que foi essa condição que definiu a sua personalidade, a sua profissão, os seus amigos, os seus parceiros, ou seja, a sua vida.

## 2.6 Síntese conclusiva

Em conclusão, tendo em consideração as definições acima descritas e as dimensões caracterizadas, chega-se à conclusão que a pessoa com incapacidade é aquela que apresenta limitações significativas no que concerne à actividade e à participação, num ou vários domínios da vida, decorrentes da interação entre as alterações funcionais e estruturais de carácter permanente da pessoa e dos contextos envolventes, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, aprendizagem, mobilidade, autonomia, relacionamento interpessoal e participação social, dando lugar à mobilização de serviços e recursos para promover o potencial de funcionamento biopsicossocial (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007). Deste modo, sublinha-se, à partida, uma distinção fundamental no decorrer dos estudos ou investigações realizadas no âmbito da incapacidade, que se prende com a diferença entre deficiência e

incapacidade. A deficiência diz respeito às limitações físicas, sensoriais e psicológicas ou emocionais que o indivíduo apresenta, enquanto que a incapacidade, se refere aos constrangimentos impostos ao sujeito pelo seu meio envolvente ou social (Vanner, Block, Christodoulou, Horowitz, & Krupp, 2008), tal como ficou assente nos pontos 2.1 e 2.2.

Mais se acrescenta que dos modelos explicativos do fenómeno da incapacidade, a presente investigação interpreta o fenómeno de acordo com o modelo biopsicossocial, reconhecendo que a incapacidade é o resultado de uma amálgama complexa de condições físicas, psicológicas, emocionais, culturais, políticas, económicas, etc., frequentemente, moldada pelo ambiente social do indivíduo, isto é, a incapacidade tem de ser avaliada através de características biológicas ou físicas, mas também considerando as qualidades individuais ou psicológicas e emocionais dos sujeitos, tendo sempre como pano de fundo a sua envolvente social, numa perspetiva de plena inclusão e não de uma mera integração em determinados quadrantes da vida social.

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) reforça esta abordagem assumindo-se como o quadro de referência universal e sistemático no âmbito da incapacidade, esclarecendo conceitos, terminologias, domínios de classificação e qualificadores, estabelecendo uma linguagem atualizada, comum e unívoca.

Por outro lado, é importante frisar que a incapacidade é, tal como o *stress-coping*, analisado no capítulo anterior, um fenómeno indissociável das sociedades contemporâneas. As atuais tendências ao nível médico e tecnológico aliadas ao envelhecimento populacional, justificam o acréscimo da consciencialização, preocupação e investigação que suscita este estrato populacional em grande crescimento (ponto 2.3).

Em particular, no caso de Portugal, como descrito no ponto 2.4, a tendência de envelhecimento e, consequente, aquisição de incapacidade mantem-se, tendo-se registado, nos Censos 2011, que cerca de 18% da população portuguesa apresenta muita dificuldade em realizar pelo menos uma de entre seis atividades diárias. Ora, as pessoas com incapacidade, quer em Portugal, quer no Mundo, estão a tornar-se mais do que um nicho populacional, testemunhando a inevitável correlação entre envelhecimento e incapacidade.

Por sua vez, esta situação de envelhecimento e incapacidade conduz ao desenvolvimento de condicionantes à participação social ativa, assinaladamente no âmbito do turismo, objeto do presente estudo, tal como se demonstrou no ponto 2.5. Estes condicionantes estão intimamente relacionados com a manutenção de práticas sociais que perpetuam comportamentos e ações de desigualdade e discriminação em domínios sociais de extrema relevância, tais como escolaridade, empregabilidade e rendimento, que, consequentemente, condicionam outros quadrantes da vida social dos sujeitos.

Finalmente, impulsionar o *empowerment* e a participação social dos indivíduos com incapacidade é essencial para a sua harmonia, saúde, bem-estar e qualidade de vida, sendo que todos os membros da sociedade devem ter a oportunidade de exercer o direito e a responsabilidade de tomar um papel ativo nos assuntos da comunidade em que vivem (United Nations, 1996), em

particular nos seus tempos livres e concretamente no turismo, tal como se analisará no capítulo seguinte, que versa sobre o turismo acessível.

## CAPÍTULO III – O TURISMO ACESSÍVEL

---

## Capítulo III – O Turismo Acessível

Em 1980, na conferência da OMT (Organização Mundial de Turismo) de onde saiu a Declaração de Manila, foi a primeira vez que se associou oficialmente turismo e acessibilidade. Esta declaração reconhece a atividade turística como um direito fundamental de todos os cidadãos, constituindo-se como um documento de regulamentação dos serviços turísticos, assinaladamente no âmbito da acessibilidade turística.

Cada vez mais, a plena participação do indivíduo com incapacidade em todo o tipo de atividades sociais é aceite e apoiada nas sociedades contemporâneas. A nova e atualizada classificação mundial de incapacidade (CIF) analisada ao longo do Capítulo II, coloca a tónica da responsabilidade pela exclusão, nos ambientes sociais inibidores à participação de todos no turismo, nos governos e sociedades e não nos indivíduos com incapacidade (Packer, McKercher, & Yau, 2007). Logo, a participação social deve ser entendida como um processo de interação em que a incapacidade é apenas um dos fatores a ter em consideração, não devendo sequer ser considerado o aspeto mais determinante das limitações a essa participação.

Ao mesmo tempo, os documentos legislativos relativos à promoção da não discriminação da população com incapacidade, desde *The Disability Discrimination Act*, em 1995, até à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2008 (Department of Culture, 2003), são provas inequívocas do aumento da sensibilização e criação de oportunidades para que esta população tenha um maior acesso ao turismo. O turismo é geralmente uma atividade que fomenta o desenvolvimento pessoal (físico, emocional e psicológico), cultural e social dos indivíduos (Bedini, 2000; Comité Económico e Social Europeu, 2004; Goodwin, Peco, & Ginther, 2009; Hood & Carruthers, 2007; Szczygiel & Piotrowicz, 1995), tal como revela a literatura e se pretende demonstrar, devendo-se assim realçar a sua importância nas sociedades atuais, também e sobretudo para fomentar a inclusão do indivíduo com incapacidade.

Desta maneira, impõe-se a compreensão do conceito de turismo acessível, bem como a respetiva sensibilização de turistas e agentes do sector turístico. Muitos campos de investigação dentro da área do turismo têm vindo a ser ignorados ou subdesenvolvidos, sendo a incapacidade um exemplo deste paradigma (Richards et al., 2010). De acordo com os mesmos autores, os investigadores em turismo têm sobrevalorizado a componente económica do turismo e depreciado a componente social, salientando a importância da investigação na alteração de mentalidades e na transformação da sociedade e reconhecendo que a teoria, a ação e a prática se encontram intrínseca e inevitavelmente unidas.

Neste contexto, vislumbra-se fundamental conhecer o perfil e comportamento de viagem dos turistas com incapacidade, os principais constrangimentos que se colocam à sua participação no turismo e os benefícios dessa participação quando esta acontece com sucesso. Isto é o objetivo central do presente capítulo.



### 3.1 Clarificação do conceito de turismo acessível

Tendo-se clarificado no capítulo anterior que a pessoa com incapacidade é um indivíduo impossibilitado de executar de forma independente ou sem ajuda, atividades humanas básicas devido à sua condição de saúde ou deficiência física/ sensorial/ mental/ cognitiva e/ou psicológica, de natureza permanente ou temporária (Organização Mundial de Saúde, 2004), que consequentemente, inibem a sua integração e adequação ao meio. A Organização Mundial de Turismo (2005) resume que um turista com incapacidade é uma pessoa que, num determinado ambiente, sofre algum tipo de limitação na sua capacidade relacional e apresenta necessidades especiais durante a viagem. Inclui pessoas que se encontrem em condições de saúde e/ ou de idade que requerem cuidados especiais temporária ou permanentemente.

Neste contexto, o turismo acessível pode ser definido como sendo toda e qualquer proposta turística que permita o acesso fácil e autónomo de todas as pessoas, incluindo aquelas com mobilidade condicionada, aos produtos, bens e serviços característicos do turismo, como o alojamento, a alimentação, a informação, o transporte, usufruto de serviços nos monumentos, equipamentos e espaços urbanos, meio edificado, rural ou natural (Associação Portuguesa de Turismo Acessível, 2008; Darcy & Buhalis, 2011).

O conceito de turismo acessível é bastante complexo e abrangente, na medida em que se alicerça em princípios sociais basilares, nomeadamente nos direitos fundamentais da igualdade de oportunidades, da não discriminação e da inclusão social. Para além disso, há que referir que o turismo acessível é, igualmente, denominado de “turismo para todos”, na medida em que não engloba apenas pessoas com incapacidade permanente ou desde nascença. O turismo acessível apoia a possibilidade de proporcionar oportunidades de lazer e melhoria do bem-estar e qualidade de vida a pessoas com incapacidade temporária, pessoas com alergias agudas, pessoas que viajam com crianças (carrinhos de bebé), idosos, obesos, entre outros públicos com dificuldades e necessidades especiais (Organização Mundial de Turismo, 2005).

Turismo acessível ou turismo para todos é mais do que um tipo de atividade turística é uma filosofia de gestão e planeamento do turismo de forma inclusiva, prevendo a acessibilidade e participação de todos, e harmoniosa, considerando a cooperação e interligação entre entidades públicas, agentes do sector turístico e populações locais, representando uma viragem evolutiva ao nível do planeamento e administração estratégica dos destinos turísticos e, ao mesmo tempo, um desafio para o futuro ao nível da mudança de mentalidades.

Graças ao turismo acessível, o segmento de pessoas com incapacidade poderá aceder com maior facilidade a infraestruturas, atrações e equipamentos turísticos. É certo que têm vindo a ser realizados vários progressos neste âmbito, mas prevalecem ainda numerosas barreiras ao livre acesso deste público no âmbito do turismo, tal como será debatido seguidamente.

### 3.1.1 A relevância do turismo acessível nas sociedades contemporâneas

O turismo acessível reveste-se de grande atualidade e pertinência devido às atuais tendências de responsabilidade social, mas também por razões de sustentabilidade económica, senão vejamos: cerca de 15% da população em todo o mundo apresenta algum tipo de incapacidade (Organização Mundial de Saúde, 2011b). Tal como descrito ao longo do Capítulo II, cerca de 80 milhões dessas pessoas encontram-se no continente Europeu, sendo de referir que a grande maioria das vezes, estas pessoas não viajam sozinhas. A Comissão Europeia (2004) frisa que só a população com incapacidade representa aproximadamente 22 milhões de excursionistas, 25 milhões de viagens domésticas e 8 milhões de viagens internacionais. Deste modo e considerando os acompanhantes dos indivíduos com incapacidade pode-se estimar que cerca de 130 milhões de pessoas beneficiam do turismo acessível (European Network for Accessible Tourism, 2008; Miller, 2009; Neumann & Reuber, 2004). Segundo Buhalis *et al* (2006), conclui-se que cerca de 59% dos europeus têm um familiar com incapacidade e 38% têm um amigo com incapacidade. Para além disso, os mesmos autores (Buhalis *et al.*, 2006) destacam ainda a procura de serviços e espaços acessíveis, registando uma procura na casa dos 27% da população europeia, cerca de 127 milhões de pessoas, verificando que as receitas estimadas com o turismo acessível ascendem aos 80 biliões de euros.

Por outro lado, com o aumento da geração de *Baby Boomers* a caminho da reforma, a indústria de viagens e lazer aumenta, cada vez mais, o seu potencial de crescimento. No entanto, à medida que os *Baby Boomers* envelhecem, também se ampliam as suas dificuldades em participar de forma livre e autónoma no turismo (Gladwell & Bedini, 2004). Com a entrada no novo milénio, mais de 50 milhões de adultos encontrar-se-ão reformados e com tempo livre e liberdade financeira para viajar, mas, ainda assim, limitados por algum tipo de incapacidade ou por um ente querido com incapacidade (Gladwell & Bedini, 2004). Os mesmos autores, acrescentam ainda que estas restrições à participação no turismo poderão ser exacerbadas por uma sociedade ignorante ou desinformada e por uma indústria turística apática ou desinteressada.

Outros exemplos corroboram a importância económica crescente do segmento de mercado com incapacidade como é o caso da Austrália, onde cerca de 10% dos turistas apresenta algum tipo de incapacidade (Darcy, 2003), dos E.U.A., onde 27,6% dos viajantes considera que a acessibilidade de um destino é um fator relevante na escolha de um destino de férias (Ministry of Tourism of Ontario, 2007) ou do Canadá, onde 21,4% dos viajantes refere que a acessibilidade de um destino é um aspeto muito importante ou importante para a escolha do destino (Ministry of Tourism of Ontario, 2007).

Relativamente a Portugal, verifica-se que a população com incapacidade chega aos 8,2% (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007) e estima-se que o segmento de mercado com incapacidade represente 14% do total da população adulta dos sete principais mercados emissores de turistas (Casas, 2005).

Neste sentido, o potencial do mercado do turismo acessível é inquestionável. O envelhecimento populacional generalizado, na maior parte dos países emissores de turistas, que muitas vezes degenera nalgum tipo de incapacidade e o facto dos viajantes com incapacidade viajarem maioritariamente acompanhados por familiares ou amigos, traduz-se num consumo turístico em crescendo com um marcante impacte económico. Economias mais desenvolvidas, designadamente a União Europeia, têm desenvolvido esforços no sentido de implementar legislação e regulamentação para a promoção das necessidades especiais das pessoas com incapacidade, a um nível nacional e supranacional (Richards et al., 2010).

Para salientar este aspeto, a literatura revela ainda que a frequência e duração de férias da população com incapacidade são fatores a valorizar. Num estudo realizado por Dwyer & Darcy (2008 cit in, Darcy, 2010) com o objetivo de comparar os padrões de viagem dos turistas com e sem incapacidade na Austrália, verificou-se que enquanto as viagens de um dia ocorrem de forma igualitária, a taxa de pernoita nos locais de destino é 21% mais elevada na população com incapacidade e 52% maior no contexto de viagens de longa distância. Szczygiel & Piotrowicz (1995) verificaram que do total de inquiridos com incapacidade, 26,4% praticavam turismo pelos menos uma vez por ano. Darcy (2003) observou que 43% dos seus inquiridos com incapacidade tinham viajado no ano antecedente ao da aplicação do questionário, referindo que 99,4% se consideram perfeitamente capazes de viajar ou com muito desejo de viajar. Acresce que 74% das pessoas com incapacidade inquiridas no estudo realizado por Darcy (2003), não estão satisfeitas com o seu nível de participação turística, devido às barreiras que enfrentam quer durante o planeamento quer durante a realização da viagem.

Por sua vez, Neumann & Reuber (2004) constatou que os indivíduos alemães com incapacidade viajam efetivamente com menor frequência que a restante população sem incapacidade, mas averiguou também que 48% dessas pessoas viajaria com maior intensidade se existisse mais e melhor acessibilidade aos serviços, equipamentos e infraestruturas turísticas. O mesmo autor, apurou que 37% dos inquiridos decidira, no ano anterior à aplicação do questionário, não viajar devido à falta de acessibilidade, sendo que 62% não se importaria até de pagar um valor superior pelas férias, se pudesse usufruir de produtos turísticos plenamente acessíveis.

Ora, através dos vários estudos analisados, conclui-se que a incapacidade *per si* poderá não ser a fonte de inibição da participação turística, colocando-se ao turista com incapacidade graves obstáculos físicos ou arquitetónicos, financeiros ou mesmo sociais, tal como se esclarecerá mais adiante neste capítulo.

Neste âmbito, considerando que se espera que o número de pessoas com algum tipo de incapacidade duplique até 2030, crê-se que o segmento de mercado da incapacidade deveria ser encarado de forma séria e empenhada pelos atores da indústria turística (Gladwell & Bedini, 2004), tornando-se imperativo analisar o perfil e comportamento do consumidor turístico com incapacidade. Os resultados de alguns estudos que têm sido realizados sobre a participação em viagens turísticas de pessoas com incapacidade e que são descritos no ponto 3.2, evidenciam a

existência de um mercado de dimensão relevante, cujas necessidades não estão a ser satisfeitas nem os agentes da oferta estão a beneficiar dos efeitos que poderiam advir de uma oferta turística acessível a todos.

Este conhecimento é fulcral para os destinos turísticos, já que representa novos desafios ao seu desenvolvimento, numa perspetiva inclusiva, respeitando as necessidades especiais do turista com incapacidade, mas olhando a acessibilidade como um todo, acessibilidade total, de forma a satisfazer também os acompanhantes do visitante com incapacidade (Buhalis et al., 2006), perspetivando, desta maneira, um aumento da procura turística do destino e os consequentes benefícios culturais, sociais e económicos que lhe estão associados.

### 3.2 Perfil e comportamento de viagem dos turistas com incapacidade

Cada vez mais, o perfil do turista com incapacidade tem granjeado a atenção de investigadores da área do turismo. Existindo já alguns estudos que traçam comportamentos genéricos destes turistas com incapacidade, no que diz respeito às suas características sociodemográficas e à fidelização relativamente ao destino. Para que se compreenda melhor o que tem vindo a ser analisado apresenta-se a Tabela 7, com o intuito de congrega resumidamente as informações e conhecimentos recolhidos.

**Tabela 7 - Estudos analisados acerca do perfil do visitante com incapacidade**

Autores	Breve descrição / Conteúdo			
	Objetivo	Local	Data	Metodologia
<b>Comissão Europeia</b>	Estudar e compreender a procura de Turismo Acessível, a fim de orientar a elaboração de políticas de desenvolvimento nesta área.	U.E.	2014	Realizou-se uma análise comparativa, por clusters, considerando apenas 12 países, que se consideraram representativos da população com incapacidade europeia (Bélgica, Bulgária, França, Irlanda, Itália, Lituânia, Países Baixos, Polónia, Eslovénia, Espanha, Suécia e Reino Unido), desenvolveu-se também um inquérito por questionário on-line para indivíduos com incapacidade (N=1612), recorreu-se à análise de <i>websites</i> de promoção turística, e ainda à aplicação da técnica de <i>focus group</i> a idosos e <i>stakeholders</i> da indústria turística.
<b>Darcy</b>	Compreender as experiências dos turistas com incapacidade em viagens de avião	--	2012	Análise de diversas fontes secundárias (tais como revisão de artigos de jornais, casos de reclamações sobre direitos humanos, entre outras) e entrevistas semiestruturadas em profundidade
<b>Darcy</b>	Estudar a adaptação do alojamento e da informação turística à população com incapacidade	--	2010	Inquérito por questionário a pessoas com incapacidade (N=566), para determinar a importância relativa dos critérios de seleção de um quarto de hotel através do desenvolvimento de uma escala denominada " <i>Hotel Accessibility Scale</i> " com 55 itens
<b>Small, Darcy &amp; Packer</b>	Estudar a experiência turística de pessoas com incapacidade visual	Austrália	2007	Entrevistas em profundidade a indivíduos com incapacidade visual (40)
<b>Ozturk, Yayli &amp; Yesiltas</b>	Analisar a capacidade da indústria turística Turca para responder às necessidades especiais dos indivíduos com incapacidade	Turquia	2007	Inquérito por questionário a gestores ou diretores de hotéis (N=252) e agentes de viagens (N=168), aplicado via correio eletrónico
<b>Packer et al</b>	Analisar a relação entre incapacidade e turismo	Hong-Kong	2006	Entrevistas em profundidade e <i>focus-groups</i> a 86 pessoas com incapacidade
<b>Ministry of Tourism of Ontario – MTO</b>	Analisar as atividades recreativas e os hábitos de viagem de canadianos e norte-americanos, relativos às viagens de uma ou mais noites	Canadá e E.U.A.	2006	Inquérito às atividades e motivações de viagem 2006 ( <i>TAMS - Travel Activities and Motivations Survey</i> ) a 24.692 canadianos e 60.649 norte-americanos
<b>Williams, Rattray &amp; Grimes</b>	Avaliar a acessibilidade on-line à informação turística	--	2006	Utilização de um <i>software</i> para testar a acessibilidade, denominado ' <i>Bobby</i> ',
<b>Buhalis et al</b>	Caracterizar globalmente o mercado (procura e oferta) turístico para a acessibilidade e avaliar o potencial do mercado	--	2005	Revisão de literatura e pesquisa eletrónica aprofundadas
<b>Yau, McKercher &amp; Packer Packer, McKercher &amp; Yau</b>	Estudar as experiências turísticas em Hong-Kong das pessoas com incapacidade motora e visual	Hong-Kong	2004 2007	Investigação qualitativa, aplicação de <i>focus-groups</i> a indivíduos com incapacidade motora e visual
<b>Neumann &amp; Reuber</b>	Estudar a procura turística de pessoas com incapacidade	Alemanha	2004	Inquérito por questionário a pessoas com incapacidade (N=4.062); inquérito por questionário a pessoas representativas da população residente de língua alemã (N=7.970); entrevistas a 91 operadores turísticos e decisores políticos; e análise documental
<b>Darcy</b>	Analisar o perfil de participação turística das pessoas com incapacidade	Austrália	2003	Análise de fontes secundárias diversas e de 2.647 inquéritos por questionário a pessoas com incapacidade motora
<b>Burnett &amp; Baker</b>	Interpretar os comportamentos de viagem dos indivíduos com mobilidade reduzida	--	2001	Inquérito por questionário a pessoas com mobilidade reduzida
<b>Tourism of Queensland - TQ</b>	Estudar o perfil dos turistas com incapacidade	Austrália	1998	Análise de diversas fontes secundárias
<b>Szczygiel &amp; Piotrowicz</b>	Analisar a relação entre atividades de lazer, autoconceito e interações sociais de pessoas com incapacidade	Polónia	1995	Inquérito por questionário a pessoas com incapacidade (N=53)
<b>Schleien et al.</b>	Analisar a inclusão de crianças e adultos com incapacidade nos serviços de lazer	E.U.A.	1986	Entrevistas em profundidade a profissionais locais que promoviam atividades recreativas (46)

Assim, através das investigações realizadas conseguiram-se apurar as principais características sociodemográficas do mercado turístico da incapacidade, bem como o comportamento de viagem geral deste turista, tal como se clarifica nos pontos subsequentes.

### 3.2.1 Perfil sociodemográfico

Tendo em consideração a Tabela 7 analisam-se diferentes e variados estudos, retirando-se significativas conclusões acerca da situação social, demográfica e económica dos turistas com incapacidade, embora reconhecendo-se alguma diferenciação do perfil em função da realidade do país analisado em cada estudo.

Desta maneira, percebe-se que a maioria dos visitantes deste segmento de mercado se encontra numa faixa etária acima dos 60 anos (Ministry of Tourism of Ontario, 2007; Neumann & Reuber, 2004; TQ, 2002), tal como já se adivinhava através das constatações apresentadas no Capítulo II, e que os seus rendimentos discricionários são significativamente menos elevados, comparativamente com a restante população (Ministry of Tourism of Ontario, 2007; Schleien, Ray, & Humphrey, 1988). Ora, estas conclusões afetam claramente a participação na atividade turística e que devem ser tidas em consideração na planificação de serviços e atividades turísticas.

O relatório - *Disability Tourism* - da agência de turismo de *Queensland* na Austrália (TQ, 2002) descreve precisamente que os rendimentos auferidos pela população com incapacidade atingem apenas entre 47% e 69% dos rendimentos auferidos pela restante população. Neumann & Reuber (2004) sublinha este aspeto concluindo que 67% dos inquiridos no seu estudo, realizado na Alemanha, dizem não exercer nenhuma atividade profissional ou usufruir apenas de uma reforma. E, mais recentemente, o relatório da Comissão Europeia sobre impacte económico e padrões de viagem do turismo acessível, dá conta que 68% dos europeus com incapacidade não viajam ou não viajam mais por motivos financeiros (Comissão Europeia, 2014).

O desemprego ou emprego precário, as baixas reformas, a assistência social limitada e elevadas despesas associadas à própria incapacidade são os principais fatores de impedimento para a participação no turismo (Neumann & Reuber, 2004; Schleien et al., 1988), não esquecendo o menor nível de habilitações literárias verificado de forma generalizada nesta população (Ministry of Tourism of Ontario, 2007).

Em síntese, e tal como já havia sido constatado no capítulo anterior, os turistas com incapacidade apresentam condições sociais, económicas e demográficas particulares, de clara desvantagem relativamente aos seus pares (Darcy, 2012), que devem ser tidas em consideração no desenvolvimento de um turismo para todos ou turismo acessível. Darcy (2003) frisa ainda que quanto maior for o nível de incapacidade, menor é a taxa de participação em atividades de lazer fora de casa, ou seja, no turismo. Este estudo verifica que, enquanto 47% das pessoas com nível de incapacidade ligeiro viajaram no ano antecedente ao momento de realização do questionário, apenas 30% das pessoas com nível de incapacidade profundo fizeram o mesmo. Contudo, e considerando o relatório da Comissão Europeia (2014), apesar do tipo ou gravidade da incapacidade, a propensão turística ou propensão para viajar do deste público com incapacidade é

de 50% para viagens de um dia (exursões) e de 58,1% para viagens que impliquem pernoita (turismo).

Deste modo, e com o objetivo de repensar e adequar a oferta turística, por forma, a que esta esteja disponível e acessível a todos, há que compreender, igualmente, o comportamento de viagem deste segmento de mercado, assunto do próximo ponto.

### 3.2.2 Comportamento de viagem

Para compreender as atitudes e ações do turista com incapacidade, antes, durante e após a prática turística, é necessário analisar um conjunto de variáveis que caracterizam o seu comportamento. Nesse sentido, e tomando como base os estudos apresentados na Tabela 7, focaram-se as seguintes variáveis: (i) benefícios procurados e motivações de viagem; (ii) planeamento de viagem e critérios utilizados para a seleção do destino; (iii); época e destino de viagem; (iv) frequência e duração da viagem; (v) grupo de viagem e atividades praticadas; (vi) alojamento e transportes utilizados; (vii) despesas realizadas e fidelização ao destino.

No que concerne à primeira variável (i) benefícios procurados e motivações de viagem, MTO, (2007); Neumann & Reuber, (2004); Buhalis et al.,(2006) e Szczygiel e Piotrowicz, (1995) concluíram que, globalmente, o turista com incapacidade, tal como qualquer turista, procura relaxar e fugir à rotina diária. Para além disso, Neumann & Reuber (2004) descobriu que estas pessoas pretendem encontrar um clima saudável, melhorar a sua saúde e conhecer, sentir ou experimentar a natureza. Outros benefícios, referidos por Buhalis et al.(2006) e corroborados pela investigação da MTO (2007) são o desejo de obter novas experiências, a procura de histórias para partilhar no regresso a casa, o fortalecimento de laços familiares e ainda o enfrentar de desafios físicos e intelectuais. Já as principais motivações de viagem gravitam em torno da visita de familiares e amigos e da melhoria da saúde. Denota-se, neste âmbito, uma maior importância atribuída às atividades turísticas de saúde e bem-estar (Neumann & Reuber, 2004), verificando-se um aumento da preocupação com o corpo, boa forma física, e mente, bem-estar psicológico, como uma tendência global do novo milénio (Ramos & Santos, 2008). Szczygiel e Piotrowicz (1995), acrescentam ainda que os indivíduos que demonstram um autoconceito mais negativo têm tendência a preferir práticas turísticas com maior enfoque no convívio.

Relativamente ao planeamento de viagem e critérios utilizados para a seleção do destino (ii), chega-se à conclusão que a informação adequada e fidedigna acerca dos destinos é a principal base para a tomada de decisão de escolha do destino. Se viajar ainda é um desafio para as pessoas com incapacidade, a falta de informação representa uma falha na capacidade dos destinos atraírem estes visitantes e, conseqüentemente, uma perda de oportunidade de negócio (Buhalis et al., 2006; Darcy, 2010, 2012).

Buhalis et al. (2006) referem que as fontes de informação acerca dos destinos variam consoante o país de origem e o tipo de incapacidade do turista. Packer et al. (2007) concluem que as fontes de informação percebidas como mais fiáveis são a experiência pessoal e/ ou a recomendação de outra pessoa com incapacidade. Tendência, que se perpetua e verifica, atualmente, na Europa, já que o estudo desenvolvido pela Comissão Europeia (2014), apura que os conselhos de amigos e familiares são o pilar da tomada de decisão para a realização de uma viagem turística (referido por 41% dos inquiridos). Simultaneamente, é ainda relevante destacar que 88% dos entrevistados no estudo de Neumann & Reuber (2004) não tinham em conta as datas oficiais de férias escolares para planear as suas viagens, o que poderá indicar uma maior flexibilidade temporal deste grupo e poderá ser uma mais valia para o combate à sazonalidade dos destinos turísticos.

No que diz respeito aos critérios utilizados para a escolha de um destino turístico salientam-se aqueles referidos por todas as investigações em análise: acessibilidade geral ao destino (atrações, espaços lúdicos, alojamento, estabelecimentos comerciais e de restauração e bebidas, entre outros), baixos declives e caminhos planos, transportes públicos acessíveis, atrações e atividades acessíveis para realizar, disponibilidade de serviços de apoio (AVD – Atividades de Vida Diária, aluguer de carros adaptados, ajudas técnicas, equipamentos específicos, etc.), existência de assistência, equipamentos e serviços médicos, e segurança (Ministry of Tourism of Ontario, 2007; TQ, 2002), por último, a acessibilidade *on-line* e à informação, foi também introduzida e analisada no mais recente estudo da Comissão Europeia (2014), constatando-se a sua importância na escolha de produtos e serviços turísticos. Neste contexto, Neumann & Reuber (2004) salientam a importância do alojamento, a disponibilidade de meios facilitadores da livre movimentação, a existência de excursões e instalações de lazer, atividades culturais, a receção e a hospitalidade ou relacionamento facilitado. Ao contrário do esperado, este estudo revela também que a existência de equipamentos especiais ou adaptados no destino não constitui um fator primordial na escolha do destino, frisando que a experiência global é efetivamente o aspeto a trabalhar pelos destinos que pretendem desenvolver o turismo acessível.

Na variável (iii) época e destino de viagem, apura-se que a estação baixa é a mais apreciada pelos turistas com incapacidade (Neumann & Reuber, 2004) e os destinos turísticos mais populares são os domésticos (Comissão Europeia, 2014; Ministry of Tourism of Ontario, 2007; Neumann & Reuber, 2004; Shaw & Coles, 2004). Esta tendência poderá ter origem na escassa informação relativamente a outros destinos, constrangimentos de linguagem, perceção de menor risco, situação financeira ou recursos médicos e ajudas técnicas (Buhalis et al., 2006). Para além disso, verifica-se também que os indivíduos com incapacidade percebem o ambiente urbano como sendo mais acessível do que o espaço rural, o que se comprova através da análise de Neumann & Reuber (2000), em que 60% dos visitantes com incapacidade entrevistados usufrui de miniférias em cidades ou ambientes urbanos.

A frequência e a duração da viagem (iv) do turista com incapacidade revela uma frequência de viagem inferior à dos seus pares, mas uma duração de viagem claramente superior. Assim, Darcy (2003) averiguou que quanto maior é o nível de incapacidade, menor é a taxa de participação em



atividades turísticas fora de casa. Este estudo atesta que a população com incapacidade apresenta uma taxa de excursionismo semelhante à restante população, mas a participação em viagens com duração superior a uma noite é consideravelmente inferior: menos 24% do que o turista sem incapacidade. De acordo com a Comissão Europeia (2014), os sujeitos europeus com incapacidade realizam 6,7 viagens turísticas por ano (incluindo excursionismo e turismo). Quando se trata de viagens fora do seu país de residência esta diferença agrava-se, observando-se que os turistas com incapacidade participam menos 56% em viagens ao estrangeiro do que os restantes. A Comissão Europeia (2014) demonstra esta propensão para as viagens domésticas, apurando que 87,1% dos indivíduos europeus com incapacidade preferem o seu próprio país para viagens de um dia e 60,1% para viagens que impliquem pernoita.

Por outro lado, a duração das viagens deste segmento de mercado é superior aos segmentos sem incapacidade, verificando-se um acréscimo de meio dia na duração média de férias (Neumann & Reuber, 2004).

Relativamente à variável do grupo de viagem e atividades praticadas (v), Neumann & Reuber (2004) atesta que 52% dos inquiridos no seu estudo dependiam da assistência de um acompanhante durante a viagem e TQ (2002) comprova que a maioria dos turistas com incapacidade viaja em grupos de 2 a 5 elementos. A Comissão Europeia (2014) reforça esta ideia, destacando que 44% dos europeus com incapacidade viajam com os seus companheiros (por exemplo, marido ou esposa) e 22% com os seus familiares. Assim, pode-se concluir que o turista com incapacidade viaja usualmente em grupo (mínimo 2 pessoas).

Já no que respeita às atividades praticadas no destino, dos estudos analisados, verifica-se que não existem diferenças significativas entre as escolhas dos turistas com e sem incapacidade. Desta maneira, destacando os estudos do MTO (2007) e do TQ (2002), as atividades mais procuradas pelos turistas com incapacidade canadianos e norte-americanos são: observar a paisagem; passear/ fazer caminhadas; visitar restaurantes locais e estabelecimentos lúdicos noturnos acessíveis; fazer compras (roupa, jóias, artesanato,); visitar parques temáticos e outras atrações turísticas acessíveis; visitar parques naturais; pescar; participar em atividades desportivas; visitar casinos e clubes; e assistir a concertos e espetáculos acessíveis.

Especificamente, e segundo a Comissão Europeia (2014) observa-se que os turistas com incapacidade têm como motivação primordial passar tempo ou conviver com os amigos e familiares ou participar em atividades sociais (cerca de 60%), constatando-se que participam mais em visitas guiadas de duração igual ou superior a uma noite num único destino; procuram atividades *outdoor* como *bungee jumping*, equitação, caça e observação de fauna e flora; têm um papel bastante ativo em atividades desportivas na categoria de desportos de equipa, torneios e jogos, apreciam atividades culturais, tais como concertos, teatro e ópera; têm maior propensão para visitar museus de cera, quintas pedagógicas e parques ou museus relacionados com atrações musicais; e ainda participam mais frequentemente do que outros visitantes em atividades de aprendizagem quando viajam, destacadamente recreações, cursos histórico-culturais ou

atividades agrícolas (Ministry of Tourism of Ontario, 2007). Apresentam, assim, um perfil turístico bastante ativo.

Neste âmbito, há ainda que ressaltar que aqueles turistas com incapacidade que apresentam um autoconceito mais bem definido e positivo, ocupam o seu tempo livre de forma mais ativa, sendo que no estudo de Szczygiel & Piotrowicz (1995), 49% dos inquiridos ocupava o seu tempo livre de forma ativa fisicamente e 21% realizavam atividades de carácter cultural.

No que respeita ao alojamento e transportes utilizados (vi), constata-se que os visitantes com incapacidade preferem hotéis, seguindo-se as residências secundárias (apartamentos ou moradias de férias) ou casas de familiares e amigos (Comissão Europeia, 2014; Darcy, 2010; Neumann & Reuber, 2004; TQ, 2002). Deve-se, no entanto, sublinhar que este segmento de mercado demonstra igualmente tendência de utilização da modalidade de auto-caravanismo (Ministry of Tourism of Ontario, 2007). Quanto aos transportes, o automóvel próprio é o meio de transporte mais utilizado pelo turista com incapacidade na deslocação para o destino (Comissão Europeia, 2014; Neumann & Reuber, 2004; TQ, 2002). Contudo, nas deslocações dentro do destino, a escolha do transporte depende de hábitos culturais, acessibilidade física e dos transportes existentes. Neumann & Reuber (2004) concluíram que na Alemanha, mais de 67% dos turistas com incapacidade se deslocam a pé ou em cadeiras de rodas, TQ (2002) verificou que 77% destes turistas na Austrália se deslocam no seu automóvel ou noutros automóveis adaptados, sendo que apenas 23% recorrem a acessos pedonais.

Por fim, no que concerne à variável (vii) despesas realizadas e fidelização ao destino, os estudos mais recentes difundem que os turistas com incapacidade apesar de disporem, geralmente, de rendimentos inferiores, tendem a economizar mais para poderem viajar, o que faz com que gastem mais, por dia, do que os segmentos de mercado sem incapacidade (Buhalis et al., 2006; Neumann & Reuber, 2004). Quantitativamente, verifica-se que a despesa total dos turistas com incapacidade é aproximadamente 15% superior à dos restantes turistas (Neumann & Reuber, 2004), sendo que a Comissão Europeia (2014) sublinha que 16% dos inquiridos europeus com incapacidade referem que têm sempre de pagar mais ou escolher produtos turísticos mais caros, devido a constrangimentos de acessibilidade.

Por seu turno, a fidelização ao destino assume especial relevância, na medida em que a literatura sugere que os turistas com incapacidade são bastante mais fieis aos destinos (Buhalis et al., 2006; Neumann & Reuber, 2004; Van Horn, 2002). Este fator é absolutamente fundamental ao nível do planeamento e marketing dos destinos turísticos, já que o relacionamento dos visitantes com o destino permite uma redução do esforço a realizar para a satisfação dos visitantes, visto ser mais fácil satisfazer um mercado que é conhecido do que consumidores novos, que ainda não se conhecem (Kastenholz, 2004). Desta maneira, cerca de 26% dos turistas com incapacidade permanecem fidelizados ao seu destino de férias habitual (Neumann & Reuber, 2004), ou seja, geralmente o segmento da incapacidade quando satisfeito, regressa ao mesmo destino o que será uma mais valia a considerar para a rentabilidade e equilíbrio dos destinos turísticos (Buhalis et al.,

2006), bem como para a sua sustentabilidade (Kastenholz, 2004). O relatório da Comissão Europeia (2014) acrescenta ainda que cerca de 30% dos inquiridos revelam intenção de viajar e gastar mais (com a viagem) no futuro.

Em resumo, o perfil do turista com incapacidade e o seu comportamento de viagem, são aspetos fundamentais para a compreensão do turismo acessível e da sua relevância económica e social. Estas características são apresentadas resumidamente na Tabela 8 de acordo com as tendências verificadas nos estudos referidos.

**Tabela 8 - Perfil e comportamento em viagem do turista com incapacidade**

Perfil sociodemográfico e económico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Rendimentos:</b> menores do que a restante população;</li> <li>• <b>Situação perante o trabalho:</b> pensionistas e/ ou desempregados;</li> <li>• <b>Idade:</b> acima dos 60 anos;</li> <li>• <b>Habilidades literárias:</b> inferiores relativamente à restante população</li> </ul>
Comportamento em Viagem	<p>(i) <b>benefícios procurados e motivações de viagem</b>  <b>benefícios:</b> relaxamento, fuga à rotina, novas experiências e fortalecimento de laços familiares;  <b>motivações:</b> lazer e férias, visita a familiares e amigos e melhoria das condições de saúde;</p> <p>(ii) <b>planeamento de viagem e critérios utilizados para a seleção do destino</b>  <b>planeamento:</b> fontes de informação fidedignas tais como as experiências pessoais ou recomendações de outras pessoas com incapacidade;  <b>critérios:</b> acessibilidade geral ao destino, baixos declives e caminhos planos, transportes públicos acessíveis, atrações e atividades acessíveis para realizar, disponibilidade de serviços de apoio, existência de assistência, equipamentos e serviços médicos, e segurança.</p> <p>(iii) <b>época e destino de viagem</b>  <b>época:</b> estação baixa  <b>destino:</b> doméstico</p> <p>(iv) <b>frequência e duração da viagem</b>  <b>frequência:</b> inferior à restante população  <b>duração:</b> superior à restante população</p> <p>(v) <b>grupo de viagem e atividades praticadas</b>  <b>grupo de viagem:</b> pelo menos 2 pessoas (familiares e amigos)  <b>atividades praticadas:</b> semelhantes à restante população</p> <p>(vi) <b>alojamento e transportes utilizados</b>  <b>alojamento:</b> hotéis e casas de amigos e familiares  <b>transportes:</b> automóvel próprio</p> <p>(vii) <b>despesas realizadas e fidelização ao destino</b>  <b>despesas totais:</b> superior à restante população  <b>fidelização:</b> superior à restante população</p>

**Fonte:** Elaborado com base em Comissão Europeia (2014), Kastenholz et al. (2010), Packer et al. (2007), MT (2007), Buhalis et al. (2006), Neumann & Reuber (2004), Darcy (2003), TQ (2002), Szczygiel & Piotrowicz (1995) e Schleien et al. (1988)

Em síntese, têm vindo a ser realizados cada vez mais estudos no sentido de aprofundar o conhecimento existente acerca do perfil e comportamento do mercado da incapacidade no âmbito

turístico. As investigações apresentadas permitem-nos conhecer aproximadamente o turista com incapacidade e retirar proveitosas orientações acerca dos seus desejos, preferências e necessidades especiais. Ora, figura-se essencial perceber, de forma continuada e regular, eventuais alterações a este perfil e comportamento, no sentido de se conseguir mais facilmente gerir e planear destinos turísticos acessíveis e, assim, minimizar ou erradicar potenciais constrangimentos ao seu desenvolvimento, tais como aqueles que se descrevem no ponto seguinte.

### 3.3 Constrangimentos à participação no turismo

A sensação de liberdade é primordial para o conceito de lazer e as barreiras à participação no turismo diminuem o sentimento de liberdade do turista (Smith, 1987). A afirmação do autor deixa perceber o quão importante é analisar o que poderá prejudicar a experiência global ou a satisfação do turista antes e durante a viagem. Deste modo, e sendo a população com incapacidade um nicho de mercado com características muito particulares e necessidades distintas, este conhecimento assume-se ainda mais relevante. A participação no turismo é, cada vez mais, reconhecida como um direito dos cidadãos em muitos governos e organizações supranacionais, como é o caso da União Europeia e das Nações Unidas. Neste âmbito, a União Europeia publicou recentemente um regulamento que estipula que as pessoas com incapacidade têm o mesmo direito dos outros cidadãos para se deslocarem e movimentarem livremente (CE – 1107/ 2006). Similarmente, as Nações Unidas lançou o Tratado dos Direitos das Pessoas com Incapacidade, chamando a atenção para o papel das atividades culturais, enquanto instrumentos promotores da cidadania, bem-estar e qualidade de vida (Richards et al., 2010).

O sucesso no planeamento e gestão das férias e a vivência de experiências positivas durante uma viagem de lazer e turismo, proporcionam divertimento e lazer, mas também promovem a autoconfiança, podendo funcionar como promotores do processo de reabilitação, bem-estar e qualidade de vida. O significado da participação em qualquer atividade de lazer, individualmente, em família, na comunidade ou durante as férias, inclui alegria e sentimentos de liberdade. As pessoas nem sempre se encontram conscientes dos resultados do seu envolvimento em experiências de lazer para além de se “sentirem bem”, o que trará outras consequências positivas ao nível físico, mental, social, espiritual ou estético (Henderson & Bialeschki, 2005). Por estes motivos, para a pessoa com incapacidade, a qualidade da experiência turística, especialmente da primeira experiência, condicionará fortemente a sua predisposição futura para viajar (Murray & Sproats, 1990; Packer et al., 2007; Yau et al., 2004).

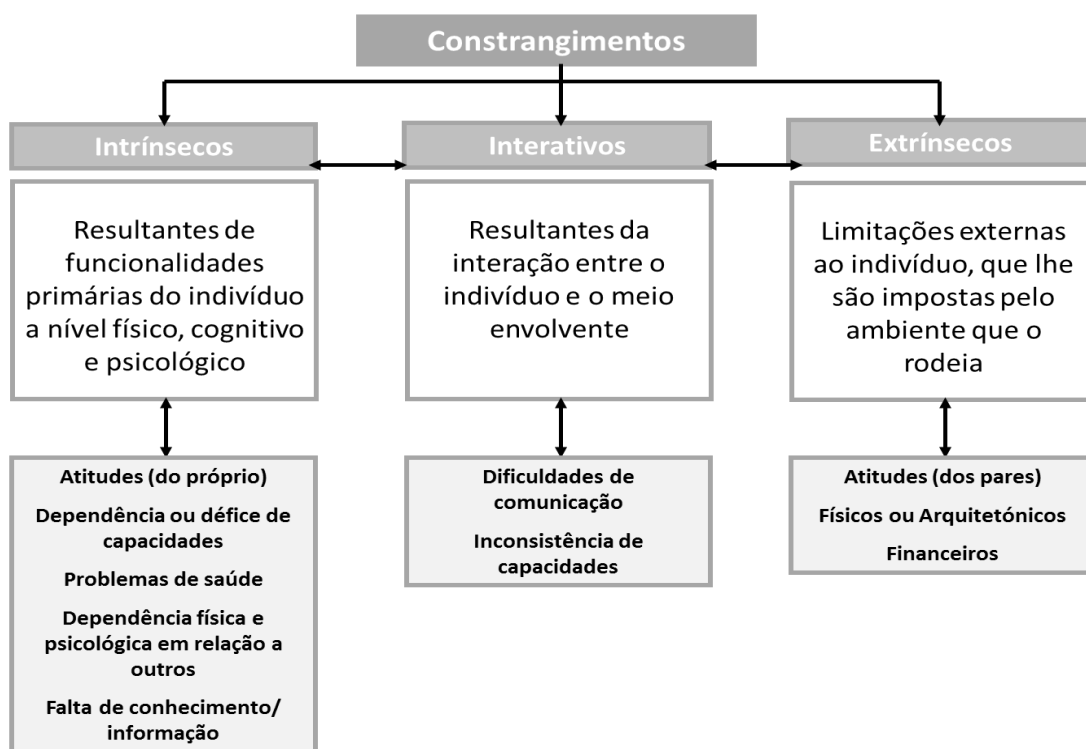
Tal como se tem vindo a constatar ao longo do presente capítulo, a dimensão da sustentabilidade social no turismo tem sido negligenciada, comparativamente às dimensões económica e ambiental (Darcy, 2010), e a incapacidade e o turismo rodeiam-se de mitos. Por exemplo, a ideia que as

peessoas com incapacidade só viajam em pacotes, o mercado é pequeno, deviam fazer viagens ou férias organizadas pelo governo ou instituições familiarizadas com as suas necessidades especiais, as facilidades plenamente acessíveis a todos envolvem custos demasiado elevados, as facilidades acessíveis nunca são utilizadas e as pessoas com incapacidade não possuem rendimentos suficientes para o seu usufruto. Estes mitos são sintomáticos de atitudes sociais negativas para com as pessoas com incapacidade e estas atitudes, quer pessoais, quer sociais, só irão alterar-se quando as circunstâncias e práticas diárias forem justas e inclusivas (Darcy & Daruwalla, 1999).

Os turistas com incapacidade poderão, portanto, experimentar vários constrangimentos à participação nas atividades de lazer que poderão limitar o seu sentido de liberdade, os seus sentimentos de autocontrolo ou até inibir a própria participação (R. W. Smith, 1987), sendo importante sublinhar que estatísticas recentes corroboram esta perspetiva. Neumann & Reuber (2004) demonstrou através dos seus estudos, que as pessoas com incapacidade não participam no turismo, não por falta de vontade, mas por existirem muitas barreiras que tornam o turismo numa atividade pouco acessível. Packer et al. (2007) afirmam que as barreiras inibidoras da participação no turismo são varias e claras, destacando relatos de constrangimentos relativos ao alojamento (42%), à acessibilidade do destino (36%) e à fidelidade da informação disponível (30%).

Uma barreira é qualquer obstáculo que impede o acesso ou uso de bens e serviços às pessoas, em condições de liberdade de movimentos, circulação e segurança (Trindade, 2004). Assim, obstáculos, físicos, sociais ou culturais, inibem a plena participação na atividade turística e fazem com que as pessoas com incapacidade tenham de considerar e planear muitos mais aspetos, antes e durante a viagem, do que os visitantes sem incapacidade (Yau et al., 2004).

Neste âmbito e adotando-se a categorização dos autores Smith (1987), Schleien et al. (1988), Bullock & Mahon (1997), Trindade (2004), Daniels et al., (2005) e Darcy & Buhalis (2011) especificam-se através da Figura 9 as principais barreiras que afetam o indivíduo com incapacidade.



**Figura 9** - Tipologia de constrangimentos à participação da pessoa com incapacidade no turismo

**Fonte:** Elaborado com base em Darcy & Buhalis (2011), em Kastenholz et al. (2010), Daniels et al. (2005), Trindade (2004), Bullock e Mahon (1997), Schleien et al. (1988) e Smith (1987)

De acordo com Daniels et al. (2005) e Darcy & Buhalis (2011), este modelo clássico de constrangimentos, inicialmente definido por Crawford, Jackson & Godbey (1991) como barreiras à participação, estabelece categorias de natureza dinâmica e simbiótica que enfatizam a necessidade de estudo e análise de forma simultânea.

Deste modo, considerando a Figura 9, verifica-se que as barreiras intrínsecas ou inerentes ao próprio indivíduo são resultantes de limitações de funcionalidades primárias a nível físico, cognitivo e psicológico, tais como as próprias atitudes do indivíduo com incapacidade, a sua perceção de défice de capacidades, os seus problemas de saúde, a sua dependência física e psicológica em relação a outros e falta de informação ou conhecimento. As barreiras interativas são aquelas que condicionam o indivíduo aquando da sua interação com o ambiente que o rodeia, designadamente a má comunicação e a inconsistência de capacidades. E, as barreiras extrínsecas ou externas ao indivíduo são aquelas que lhe são impostas pela sociedade, nomeadamente os obstáculos físicos ou arquitetónicos, os constrangimentos atitudinais por parte da sociedade e ainda os problemas financeiros (Smith, 1987; Trindade, 2004).

Existem, portanto, várias razões que colocam entraves à participação dos indivíduos com incapacidade na atividade turística e é, precisamente, o efeito da combinação desses entraves que impede ou reduz a satisfação do turista com incapacidade no turismo (Smith, 1987).

Em 1995, assinou-se o Disability Discrimination Act - DDA, que desencadeou um processo de atenção redobrada em termos económicos e políticos, no que concerne a população com incapacidade. Este ato, tornou ilegal a promoção de produtos e serviços em estabelecimentos ou empreendimentos, que pudessem, de alguma forma, discriminar pessoas com incapacidade. O mesmo ato foi reforçado em 2004, data até à qual todos os promotores de serviços teriam de ter tomado medidas para a alteração dos seus estabelecimentos com o intuito de acomodar a população com incapacidade. As implicações para o sector da hospitalidade e turismo foram significativas, na medida em que se tornou obrigatória a eliminação ou modificação de barreiras físicas (Shaw & Coles, 2004). O DDA forneceu um mecanismo para os indivíduos com incapacidade desafiarem as barreiras físicas de acessibilidade. Contudo, ficou comprovado por meio de diversas investigações que as experiências turísticas para pessoas com incapacidade ultrapassam os assuntos da acessibilidade (Darcy, 2010; Yau et al., 2004). Numa perspetiva turística, uma alteração de atitude perante a incapacidade implica que a sua conceptualização envolva a desmistificação da deficiência e a remoção das barreiras construídas pela sociedade. É reconhecido que a natureza e severidade da deficiência pode afetar as atividades em que o indivíduo pode participar e, de certa forma, influenciar a forma como a experiência turística é construída. Daí, que a complexidade do conceito de incapacidade tenha sido revisto pela Organização Mundial de Saúde, resultando na CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade) (McKercher et al., 2003). Estas linhas orientadoras foram utilizadas no contexto do turismo no sentido de provocar alterações em práticas exclusivas.

Em suma, estas disposições ofereceram às pessoas com incapacidade “voz ativa” para denunciar injustiças de exclusão no plano turístico (Darcy & Daruwalla, 1999). Deste modo, considerando os novos mecanismos das sociedades atuais relativamente à incapacidade e os constrangimentos que continuam a impedir a participação da população com incapacidade no turismo, há que estudar e compreender esses obstáculos, bem como refletir sobre a forma de os ultrapassar, tal como se pretende fazer ao longo dos pontos seguintes.

### 3.3.1 Constrangimentos intrínsecos ou internos

Os constrangimentos intrínsecos estão estreitamente relacionados com fatores do foro íntimo ou interno do indivíduo, tais como limitações físicas, cognitivas ou psicológicas (Smith, 1987; Bullock & Mahon, 1997; Daniels et al., 2005). Estas barreiras são normalmente permanentes e reduzem a capacidade das pessoas para se envolverem socialmente. Schleien et al. (1988) referem que refletem falhas sociais, de saúde, de conhecimento ou de motivação, que impedem a pessoa com incapacidade de participar no turismo, podendo estar relacionadas com a própria incapacidade ou simplesmente com a falta de informação, experiência ou conhecimento, educação e interação social. Daniels et al. (2005) sublinham ainda que estes constrangimentos incluem áreas como o stress e a ansiedade, objeto de análise no presente estudo.

Globalmente, estes aspetos internos ao indivíduo inibem a intenção de participar em atividades turísticas e incluem barreiras de atitude, de ineficácia social, de problemas de saúde, de dependência física e psicológica em relação a outros e de falta de conhecimento, como se esclarece de seguida.

De acordo com Yau et al. (2004), os constrangimentos relacionados com a personalidade do indivíduo não são de resolução imediata, mas sim um processo. Deste modo, as formas de ultrapassar este tipo de constrangimentos ao nível do turismo, prendem-se com a sensibilização e consciencialização dos responsáveis do sector turístico para a integração inclusiva desta população nestas atividades.

### 3.3.1.1 Atitudes (do próprio)

As atitudes, são uma das principais barreiras à participação da pessoa com incapacidade no turismo, e por isso é importante antes de mais, definir o que se entende por atitude. Assim, segundo Trandis (1977, cit in Bullock & Mahon, 1997) atitude é uma ideia carregada de crenças, emoções e comportamentos direcionados a determinadas classes sociais, no entanto, pode-se dizer de uma forma mais abrangente que cada um de nós possui um repertório pré-definido de reações, organizadas por categorias, que são utilizadas mediante determinadas situações, pessoas ou objetos. Corroborando esta afirmação, Daruwalla & Darcy (2005) referem que as atitudes se formam, geralmente, a partir do processo de socialização dos indivíduos, indicando que são apreendidas ao longo dos anos. Os autores, acentuam este aspeto, definindo dois níveis atitudinais: o nível das atitudes pessoais, isto é, opiniões defendidas pelos sujeitos acerca de um objeto ou circunstância, por exemplo, tendência de voto, incapacidade ou multiculturalismo, e o nível das atitudes sociais, ou seja, aquelas crenças que prevalecem por influência governamental, cultural, histórica ou outras.

Por outro lado, Daniels et al. (2005) sugerem que os constrangimentos intrínsecos, com base em fatores relacionados com a personalidade e com a socialização, tais como as atitudes, afetam inequivocamente a predisposição de participação em determinadas atividades de lazer. As atitudes contribuem, desta forma, para que os indivíduos se adaptem ao meio envolvente e que construam ou mantenham boas relações com pessoas que tenham atitudes similares, criando-se deste modo grupos sociais, que os ajudam a ver e compreender o mundo de determinada maneira. Ao mesmo tempo, o comportamento resulta das atitudes, normas, hábitos e expectativas desenvolvidos através de longos processos de aprendizagem de normas sociais e mensagens recebidas dos que rodeiam o indivíduo, dos grupos de pertença e outros que o influenciam ativamente ao longo da sua vida.

Deste modo, será mais fácil compreender as ações e comportamentos que as pessoas com incapacidade podem desenvolver sobre elas próprias. O facto das pessoas que rodeiam esta



população a perceberem como sendo diferente, fá-la pensar que classificações erradas, sem qualquer base científica, são verdadeiras, construindo uma imagem de si próprio com base em estigmas, valorizando atitudes negativas como sendo o seu status real. Não admira, portanto, que muitas pessoas com incapacidade se menosprezem e se autodesvalorizem, tomando as atitudes negativas dos que as rodeiam como suas, segregando-se a si próprias, preferindo o isolamento à discriminação.

De acordo com o estudo realizado por Yau et al (2004) se alguém tem uma doença ou acidente e se torna numa pessoa com incapacidade, dirão que foi o resultado de alguma ação menos aceite socialmente ou de alguma maldade, sendo inevitável, neste contexto, que a própria pessoa com incapacidade veja a sua condição como um castigo. Assim, poderá perceber-se a razão de, muitas vezes, a população com incapacidade se colocar no papel de vítima ou de um membro passivo na família e conseqüentemente na sociedade. A influência do estigma que pessoas com incapacidade sentem, associada à sua condição, impede-as de serem participantes ativos nas várias atividades de recreação e de lazer, isto é, a participação depende muito da sua autoestima e da postura que adotam consoante as situações (Bedini, 2000). Ou seja, a pessoa com incapacidade quando portadora de uma imagem negativa de si própria, é, ela mesma, uma barreira ou obstáculo à participação no turismo.

Yau et al. (2004) concluíram que todos os participantes inquiridos no seu estudo sublinharam que a sua incapacidade afetava o seu comportamento turístico, sugerindo também, que o seu interesse pela viagem e pela atividade turística seriam essenciais. Este fator, por sua vez, é largamente influenciado pelo desejo individual do indivíduo para explorar novos interesses, correr riscos, gerir tarefas do dia-a-dia, procurar redes de apoio social e, acima de tudo, aceitar a sua incapacidade.

De um modo geral, a aceitação da incapacidade, em particular da incapacidade adquirida, é a parte fundamental para o indivíduo se tornar um membro ativo da família, da comunidade e até da sociedade. Considerar-se, naturalmente, uma pessoa que vive com uma incapacidade é o primeiro passo do processo. As pessoas que não aceitam a sua incapacidade, tendencialmente, evitam espaços públicos e, conseqüentemente, as atividades turísticas (Yau et al., 2004).

Os indivíduos com uma incapacidade têm, portanto, alguma responsabilidade na mudança da sua situação atual, podendo criar impactos socialmente – primeiramente pelas suas atitudes pessoais, provocando alterações atitudinais nas suas famílias, profissionais de saúde e outros, impulsionando o desenvolvimento e melhoria dos produtos e serviços do sector turístico (Packer et al., 2007). Deste modo, há que apostar na formação do pessoal prestador de serviços, que lida diretamente com o consumidor com incapacidade, isto é, investir na sensibilização e consciencialização destas pessoas e, principalmente, dos responsáveis do sector turístico, já que são estes últimos que poderão implementar medidas, que valorizem as características individuais da pessoa com incapacidade. Desta forma poder-se-á construir uma aceitação geral do indivíduo com incapacidade, que possa transparecer para o exterior e para o próprio turista com

incapacidade, com o principal objetivo de dissipar barreiras atitudinais e incentivar a participação no turismo e nas atividades de recreio e lazer a ele associadas.

Outra forma de combater estes constrangimentos à participação, é tentar a mudança destas atitudes negativas, através da contratação de trabalhadores com incapacidade por parte da indústria turística, colocando o turista com incapacidade mais à-vontade, promovendo a formação e informação de pessoas com incapacidade, conduzindo a uma autoconsciencialização e rejuvenescimento da habilitação para o lazer, tendo o Estado um papel preponderante na implementação destas propostas.

### 3.3.1.2 Dependência ou défice de capacidades

A pessoa com incapacidade tem sido tradicionalmente excluído da vida social e das oportunidades da interação social, tendo frequentemente falta de competências sociais e interpessoais, que obstruem as suas capacidades de interação com os outros e com o meio que a rodeia, capacidades essas vitais para a participação ativa no turismo (Schleien et al., 1988).

A falta de assertividade influencia o desejo de viajar, e ainda mais, o desejo das pessoas com incapacidade. Este constrangimento poderá ser resultado de um autoconceito errado, de não se considerarem uma “pessoa inteira”, crendo não merecerem a ajuda dos outros (Yau et al., 2004) ou a participação em atividades de lazer.

Na maioria das vezes, aptidões pouco complexas, como estabelecer amizades ou manter uma conversa, tornam-se barreiras praticamente intransponíveis, visto que nunca foram adquiridas ou simplesmente devido à natureza da incapacidade são difíceis de alcançar. Deste modo e de acordo com Devile (2003), a ineficácia social ou défice de capacidades pode ter um efeito sobre a experiência do lazer e interação entre os indivíduos, uma vez que as pessoas com deficiência podem não ter oportunidades suficientes para desenvolver as respetivas atividades, já que têm sido tradicionalmente excluídas na interação com os seus pares sem incapacidade.

O turismo para pessoas com incapacidade envolve elementos significativos de risco individual. Pela sua natureza, a atividade turística implica abandonar locais e espaços familiares e partir à aventura de espaços desconhecidos física e psicologicamente (Yau et al., 2004)

Por outro lado, vencer estas barreiras e participar em atividades de lazer, proporciona benefícios para as pessoas com incapacidade, tais como o desenvolvimento de competências físicas ou de sentimentos de realização, servindo ainda como um motor de mobilidade social (Stodolska & Crawford, 2006). Pode, assim induzir um círculo virtuoso que resulta, inclusivamente, numa maior participação no turismo.

Neste contexto, o contacto social dinamizado através de atividades turísticas, poderão ser o motor de desenvolvimento das capacidades individuais desta população com incapacidade, servindo de programas facilitadores de socialização e integração.

### 3.3.1.3 Problemas de saúde

Uma pessoa com incapacidade é geralmente limitada pela natureza da sua incapacidade, isto é, muitas atividades turísticas podem ser severamente limitadas por problemas de saúde (Schleien et al., 1988). Assim, problemas de saúde associados a uma incapacidade podem ser fatores de intensificação da limitação, na medida em que poderão agravar a inibição de participação. Ou seja, para além de barreiras relacionadas com a incapacidade por si só, tais como barreiras atitudinais ou físicas, poderão surgir, ainda, outras associadas a restrições médicas graves.

Neste âmbito, é sabendo que o significado de férias para a população em estudo é um “escape à rotina”, uma forma de reforçar laços familiares e um meio para a melhoria geral do seu bem-estar (Shaw & Coles, 2004), os profissionais de turismo devem estar informados acerca das especificidades de saúde dos seus clientes. Apenas desta maneira, poderão ser desenhadas atividades adequadas, onde não será restringida a participação a ninguém, qualquer que seja o seu problema de saúde, proporcionando experiências positivas e impulsionadoras da saúde e bem-estar de todos.

### 3.3.1.4 Dependência física e psicológica em relação a outros

A pessoa com incapacidade pode estar, frequentemente, dependente física ou psicologicamente de outrem. Enquanto uma pessoa com uma incapacidade ligeira poderá ser autosuficiente, obviamente o mesmo já não poderá ser dito relativamente a uma pessoa com incapacidade mais profunda, que poderá apresentar necessidades de supervisão ou de dependência permanente em relação a outros, ao nível da própria mobilidade ou das tarefas de vida diárias.

Mesmo a própria aceitação pessoal do indivíduo com incapacidade é influenciada pela empatia e apoio de familiares e amigos. Os familiares e amigos são importantes para o indivíduo com incapacidade, na medida em que lhe conferem segurança, todavia esta harmonia poderá superar os interesses individuais de cada um. Como resultado, os elementos da família ou do grupo de amigos poderão influenciar a perda de individualidade (Yang, 1995 cit in Yau et al., 2004). Familiares super protetores poderão inibir a participação no turismo das pessoas com incapacidade. Ao contrário, outros familiares poderão ser o apoio ou o impulso necessário à participação (Yau et al., 2004).

Desta forma, enquanto alguns participantes em atividades turísticas reportam casos em que as suas famílias os dissuadem de viajar, há outros exemplos em que as famílias são o fator chave de sucesso, determinantes para que o indivíduo se torne turisticamente ativo. As famílias e/ ou amigos poderão atuar como facilitadores ou meios fundamentais na definição de expectativas turísticas (Packer et al., 2007).

A disponibilidade de parceiros de viagem apresenta-se como um catalisador de encorajamento para o turismo de pessoas com incapacidade. Trata-se, então, de um fator que motiva e facilita a participação desta população. Na maioria dos casos, familiares e amigos sem incapacidades são os preferidos, como companheiros ou acompanhantes de viagem. A presença destes acompanhantes proporciona sentimentos de segurança e familiaridade, que se torna benéfica e muito prática durante a viagem. No entanto, muitos testemunhos notam que a necessidade ou o desejo de viajar com a família e/ ou amigos, não se prende somente com as necessidades de assistência do indivíduo com incapacidade. A experiência turística envolta em “lazer” e “divertimento” é tanto mais apreciada quando é partilhada, o que não é variável ou diferente das pessoas sem incapacidade (Yau et al., 2004).

#### 3.3.1.5 Falta de conhecimento/ informação

A falta de conhecimento acerca de atividades turísticas, ou simplesmente a inexistência de suportes de informação acerca dessas atividades para que se possa tomar uma decisão de compra ou não, pode inibir a participação da pessoa portadora de incapacidade no turismo (Schleien et al., 1988), isto é, se não existe informação sobre o destino e serviços, o consumidor dificilmente poderá tomar uma decisão de compra, já que não tem conhecimento da existência ou inexistência de facilidades adequadas à sua incapacidade. Ora, se as pessoas têm falta de informação sobre os programas de recreação e de turismo, ou escassez de conhecimento sobre os sistemas de apoio para ajudar a tornar as oportunidades acessíveis, a sua participação será inibida ou inexistente, ou seja, a falta de conhecimento dos recursos de turismo limita as oportunidades de envolvimento nestas atividades (Devile, 2003).

É, portanto, essencial que se faça uma boa comunicação e divulgação das informações acerca do destino, dos serviços e facilidades existentes, das atividades a desenvolver, dos transportes, das acessibilidades, entre outros fatores que possam ser relevantes para a tomada de decisão.

É recomendado aos indivíduos com incapacidade que reúnam o maior número de informações possível acerca da acessibilidade do potencial destino turístico a visitar, sendo por isso dever dos promotores de atrações turísticas proporcionar mais e melhor informação acerca das facilidades e acessibilidades para pessoas com incapacidade (Turco & Stumbo, 1998).

Tal como já havia sido dito em pontos anteriores e segundo Packer et al (2007), como fontes de informação mais viáveis acerca das atividades disponíveis, alojamento, transportes, entre outros

elementos fundamentais do destino, foram consideradas as próprias inspeções ou experiências do indivíduo ou a informação fornecida por outra pessoa com incapacidade. Os participantes de atividades turísticas consideram apenas estas duas fontes de informação como fiáveis, daí que a falta de conhecimento acerca da acessibilidade do destino tenha um profundo efeito sobre a tomada de decisão. Assim, é indispensável que os profissionais de turismo estejam conscientes destas lacunas, para que possam desenvolver formas de comunicação apelativas e ao mesmo tempo fiáveis, através de informação fidedigna acerca dos locais e de uma boa escolha dos meios de comunicação, designadamente através de certificação, testemunhos de outras pessoas com incapacidade, entre outras soluções.

Informações não fidedignas conduzem ao cancelamento de férias e viagens, apresentando-se como uma ameaça à segurança pessoal ou, simplesmente, às sensações positivas habitualmente associadas ao turismo. O conhecimento advém de informação fidedigna que permite às pessoas com incapacidade tomar decisões, fazer escolhas e desenvolver ações para ultrapassar outras barreiras (Packer et al., 2007).

Resumindo, a Tabela 9 permite-nos consolidar os aspetos mais relevantes relativamente aos constrangimentos intrínsecos e as principais propostas para a minimização dos seus efeitos na participação turística dos sujeitos com incapacidade.

**Tabela 9 - Constrangimentos intrínsecos e propostas de minimização dos seus efeitos**

Constrangimentos Intrínsecos	Descrição	Propostas de minimização dos seus efeitos
<b>Atitudes (do próprio)</b>	O indivíduo com incapacidade tem uma atitude negativa consigo próprio. Ou seja, a pessoa com incapacidade prefere o isolamento, autodiscriminando-se e construindo uma fraca imagem de si própria, valorizando estas atitudes negativas como sendo o seu <i>status</i> real.	Apostar na formação do pessoal prestador de serviços, que lida diretamente com o consumidor com incapacidade  Contratar trabalhadores com incapacidade por parte da oferta turística
<b>Dependência ou défice de capacidades</b>	A população com incapacidade encontra-se, muitas vezes, sujeita à exclusão social, o que, por sua vez, limita o desenvolvimento das suas capacidades sociais e interpessoais, limitando as suas competências de interação com os seus pares e o ambiente envolvente.	Promover a participação do indivíduo com incapacidade nas atividades turísticas
<b>Problemas de saúde</b>	A incapacidade dos indivíduos poderá ainda estar associada a problemas de saúde, o que poderá agravar a inibição de participação em atividades turísticas.	Incluir cuidados médicos e ajudas técnicas na oferta turística  Desenhar atividades adaptadas, por profissionais de turismo informados e com formação adequada
<b>Dependência física e psicológica em relação a outros</b>	As pessoas com incapacidade viajam maioritariamente acompanhadas. Estes acompanhantes podem ser significado de confiança e segurança para os indivíduos com incapacidade, mas, ao mesmo tempo, representar um obstáculo à liberdade percebida e à tomada de decisão autónoma.	Informar com clareza os acompanhantes dos indivíduos com incapacidade, evitando preocupações exageradas  Disponibilizar acompanhantes de viagem  Incentivar experiências turísticas partilhadas entre turistas com incapacidade e acompanhantes
<b>Falta de conhecimento/ informação</b>	As informações acerca da oferta turística acessível (condições de acessibilidade, atividades adaptadas, entre outras) são escassas, pouco claras e, às vezes, pouco fiáveis, o que gera a falta de conhecimento acerca dos destinos turísticos.	Promover uma boa comunicação e divulgação de informações claras e precisas acerca do destino  Aproveitar as fontes de informação consideradas pela população com incapacidade como mais fiáveis (aposta <i>word-of-mouth</i> )

**Fonte:** Elaborado com base em Kastenholz et al. (2010), Packer et al. (2007); Henderson & Bialeschki (2005); Shaw & Coles (2004); Yau et al. (2004); Devile (2003); Bedini (2000); Turco & Stumbo (1998); Bullock & Mahon (1997) e Schleien et al. (1988)

No que concerne aos constrangimentos internos ao indivíduo com incapacidade, há que sublinhar a responsabilidades e motivação dos próprios sujeitos em alterar a imagem que têm de si próprios, transformando as suas atitudes positivas em ações concretas e, consequentemente, impulsionando mudanças sociais. Packer et al. (2007) referem que as atitudes pessoais dos indivíduos com incapacidade, geram impactos nas atitudes das suas famílias e amigos, dos profissionais de saúde que os acompanham e, assim, na restante sociedade. Ora, este efeito multiplicador ou de propagação de comportamentos e atitudes é um processo lento e gradual, podendo o sector turístico servir de exemplo e liderar transformações positivas e impactantes ao nível social.

### 3.3.2 Constrangimentos interativos

Os constrangimentos interativos surgem a partir de limitações cognitivas, de audição ou visão, tendo um significado especial na comunicação dos indivíduos (Casas, 2005). Estes constrangimentos ocorrem durante a interação do indivíduo com a sua rede social, promotores de serviços ou até com estranhos (Daniels et al., 2005). Desta forma, os turistas com incapacidade enfrentam obstáculos ao nível do planeamento e durante as suas viagens que vão muito além da simples compra de um bilhete, reserva do alojamento ou o pagamento de um pacote turístico. Efetivamente, a participação numa atividade turística torna-se mesmo num desafio pessoal (Yau et al, 2004).

O processo de tornar a população com incapacidade turisticamente ativa, envolve ações de remoção de barreiras, sendo umas das mais complexas a minimização de constrangimentos interativos, resultantes de experiências em sociedade. Deste modo, as barreiras de má comunicação e as de inconsistência de incapacidades poderão ser ultrapassadas gradualmente através de ações como adaptar e promover informações fidedignas utilizando os meios de comunicação mais adequados e, ainda, desenvolver as competências turísticas do indivíduo com incapacidade através da adequação de atividades turísticas, que sejam demonstrativas das suas capacidades reais.

#### 3.3.2.1 Dificuldades de comunicação

As pessoas com incapacidade esperam receber exatamente o mesmo tratamento das pessoas sem incapacidade. Muitas vezes, o atendimento altera-se na presença de uma pessoa com deficiência, exagerando-se no tratamento especial e nos reforços positivos, o que poderá causar embaraço por parte da pessoa com incapacidade, ou levantar sentimentos de injustiça (“ciúme”) por parte dos restantes turistas. Com o objetivo de minimizar potenciais problemas, o planeamento cuidadoso da viagem por parte das pessoas com incapacidade é fundamental. É necessário identificar informação fidedigna sobre acessibilidade do destino, WC’s, alojamento, transporte, disponibilidade de assistência e existência de acompanhantes. A grande maioria das pessoas com incapacidade relata a necessidade constante da verificação da informação existente acerca dos destinos turísticos, que identificam muitas vezes como enganadora ou mesmo errada (Yau et al., 2004). Packer et al. (2007) sublinha mesmo que as atitudes e a fidelidade da informação disponível, têm vindo a emergir como as potencialmente mais importantes barreiras à participação no turismo da atualidade.

Esta falta de informação fidedigna sobre as infraestruturas e atividades turísticas dos destinos, pode provocar consequências graves, não só ao nível do planeamento da viagem, mas também durante a própria experiência turística. Ao contrário, da restante comunidade, as pessoas com

incapacidade não têm muitas alternativas acessíveis nos destinos que escolhem. No caso de não estarem satisfeitos com o quarto, dificilmente poderão transferi-las para outro quarto mais agradável, devido ao número limitado de quartos acessíveis disponíveis. Desta maneira, caso as informações originais estejam erradas, as pessoas com incapacidade, provavelmente não terão outra opção, senão abandonar os seus planos (Darcy & Daruwalla, 1999).

Os agentes turísticos são, muitas vezes, hesitantes relativamente à inclusão de pessoas com incapacidade em pacotes turísticos, na medida em que sentem que estão a sobrecarregar o guia turístico com mais uma situação de atenção redobrada. Contudo, a independência percebida e a independência real dos indivíduos varia de cultura para cultura, sendo que com a vigilância e provisão adequadas a cada sociedade, cada vez mais pessoas com incapacidade são capazes de participar ativamente na sua família e comunidade, criando uma envolvente de aceitação, que torna a sua inclusão em atividades turísticas mais fácil (Yau et al., 2004).

Aqueles que viajam sozinhos ou em grupo apreciam que a indústria turística proporcione a informação necessária às suas necessidades, sobre o alojamento, o transporte, as atividades disponíveis, as facilidades ou a assistência. A literatura indica que as pessoas com incapacidade apresentam maior probabilidade de fidelização a empresas (a agências e hotéis específicos) que melhor sirvam as suas necessidades, proporcionando-lhes experiências positivas (Turco & Stumbo, 1998).

Assim, as recomendações para ultrapassar estas barreiras de má comunicação prendem-se com a necessidade do sector turístico recolher, adaptar e promover informações fidedignas utilizando os meios de comunicação mais adequados para alcançar eficazmente este mercado com incapacidade (Turco & Stumbo, 1998).

### 3.3.2.2 Inconsistência de capacidades reais e percecionadas

Muitos terapeutas de reabilitação colocam bastante ênfase nas atividades de vida diárias, sem dar grande importância às oportunidades meritórias de relaxamento, recreação ou de participação em atividades de lazer (Yau et al, 2004). Os sujeitos com incapacidade poderão assim, ser excluídos de determinadas atrações ou atividades turísticas, já que muitas vezes, dependem do conselho ou opinião de outros relativamente à sua participação ou acessibilidade. A grande maioria da população com incapacidade acede aos conselhos ou opiniões que lhes são dados, mesmo quando sentem que as suas capacidade estão a ser subestimadas (Yau et al., 2004).

A inexistência de pessoal médico ou de acompanhantes ou ainda a inexistência de um “ambiente seguro”, são grandes fatores influenciadores da participação no turismo. No que concerne ao significado das férias, as pessoas com incapacidade sublinham a importância do alcance do sentimento de liberdade e a intenção de tentar novas experiências (Shaw & Coles, 2004).



O complexo processo de ser um turista com incapacidade envolve iniciativas pessoais, avaliações exatas das suas capacidades, competência para recolher informações de confiança, gestão da viagem, gestão particular e individual e o seu reflexo nas suas experiências. Ser capaz de viajar e participar em atividades turísticas, para uma pessoa com incapacidade, poderá demonstrar aos seus pares que a pessoa se encontra em recuperação ou a retomar controlo sobre a sua vida e a afirmar a sua futura qualidade de vida (Yau et al., 2004). Desta maneira, uma das formas de minimizar esta barreira de participação é realmente desenvolver competências turísticas com o objetivo de demonstrar aos pares das pessoas com incapacidade e prestadores de serviços a perceção real relativamente às incapacidades e compreensão efetiva das capacidades dos indivíduos em questão.

As barreiras de interação dizem respeito ao inter-relacionamento dos indivíduos com o meio que os envolve, nomeadamente no que diz respeito aos problemas que podem surgir de uma comunicação inadequada e também da inconsistência de incapacidades. Em síntese, apresenta-se a Tabela 10 com a descrição resumida dos constrangimentos interativos, não esquecendo as formas de os minimizar ou ultrapassar.

**Tabela 10** - Constrangimentos interativos e propostas de minimização dos seus efeitos

Constrangimentos Interativos	Descrição	Propostas de minimização dos seus efeitos
<b>Dificuldades de comunicação</b>	A inexistência de informação, informação escassa ou pouco fidedigna acerca das infraestruturas e equipamentos turísticos dos destinos é um fator inibidor evidente da participação turística ativa do mercado da incapacidade.	Facilitar a comunicação e divulgação das informações acerca do destino  Proporcionar informação fidedigna e adaptada às necessidades especiais dos indivíduos com incapacidade, designadamente acerca de alojamento, transportes, atividades disponíveis, facilidades ou a assistência médica ou técnica.  Aproveitar as fontes de informação consideradas pela população com incapacidade como mais fiáveis (aposta <i>word-of-mouth</i> )
<b>Inconsistência de capacidades</b>	Sabendo que os turistas com incapacidade viajam habitualmente em grupo, é natural que a sua participação em atividades turísticas possam depender do conselho ou opiniões dos seus acompanhantes. Contudo, a perceção desses acompanhantes ou dos próprios prestadores de serviços relativamente ao indivíduo com incapacidade poderá não à realidade, sendo que as suas capacidades poderão ser subestimadas, prejudicando, inevitavelmente a sua participação, experiência e satisfação.	Divulgar iniciativas acessíveis onde se comprove a participação ativa em atividades turísticas de pessoas com incapacidade  Oferecer oportunidades de participação, por forma a desenvolver competências turísticas nas pessoas com incapacidade, também, com o objeivo de demonstrar aos prestadores de serviços/cuidadores as reais limitações da incapacidade

**Fonte:** Elaborado com base em Kastenholz et al. (2010), Packer et al. (2007); Yau et al. (2004); Darcy & Daruwalla (1999) e Turco & Stumbo (1998)

As limitações à participação da pessoa com incapacidade no turismo prendem-se, assim, com a interação social, com o seu relacionamento com o seu meio envolvente e com a forma como a

pessoa com incapacidade é percecionada. Uma experiência turística positiva permite ao indivíduo com incapacidade desenvolver confiança e motiva o sujeito a viajar com maior frequência, demonstrando, igualmente, aos seus pares estas competências e estimulando, assim, a melhoria da integridade social do indivíduo com incapacidade. O planeamento e organização da viagem são novas competências a adquirir pelas pessoas com incapacidade. Ao contrário, uma experiência negativa poderá hipotecar toda a atividade turística futura (Yau et al., 2004) e reforçarão também as atitudes negativas da restante sociedade, fortalecendo obstáculos interativos.

### 3.3.3 Constrangimentos extrínsecos, ambientais ou externos

Os constrangimentos extrínsecos ou muitas vezes denominados de barreiras ambientais ou externas ao indivíduo, assumem-se como obstáculos impostos ao indivíduo com incapacidade pelo seu meio envolvente. De acordo com Bullock & Mahon (1997), estas barreiras são permanentes ou contínuas, dizendo respeito, especificamente, à arquitetura, regras e legislação inadequadas ou ainda a atitudes negativas.

As pessoas com incapacidade são comumente desafiadas com problemas de acessibilidade física ou ambiental que limitam a sua liberdade e as suas tomadas de decisão, sendo de frisar que estas dificuldades podem afetar a propensão ou frequência de participação turística (Yau et al., 2004).

Os turistas com incapacidade são frequentemente forçados a aceitar produtos e serviços turísticos mais dispendiosos, limitações de destino, tempo ou data da viagem. Alguns destes obstáculos devem ser esclarecidos e repensados, nomeadamente no que diz respeito às atitudes, à arquitetura e aos constrangimentos financeiros. Assim, o turismo como motor facilitador e promotor do *empowerment* da pessoa com incapacidade, poderá ser preponderante na eliminação destas barreiras, tal como se poderá verificar nos pontos de análise seguintes.

#### 3.3.3.1 Atitudes (dos pares)

A maioria das atitudes e seus comportamentos consequentes são normalmente adquiridos através do contacto social, principalmente com a família e amigos. A atitude é uma predisposição aprendida para responder favoravelmente ou não a um dado objeto segundo Fishbein & Ajzen (1975, cit in Bullock & Mahon, 1997).

Assim, encontram-se enraizados na sociedade estereótipos negativos em relação à pessoa portadora de incapacidade, sendo o estereótipo uma figura mental standard de dados membros de um grupo social, que representam uma opinião ou julgamento (Daltilo, 2001), que raramente são verdadeiros. O grande problema dos estereótipos em relação à pessoa com incapacidade, é que

na sua maioria resultam de uma avaliação desta pessoa como uma categoria e nunca como um indivíduo, singular, que pensa e possui emoções e sentimentos como qualquer um. Para confirmar o acérrimo enraizamento destes estereótipos, basta pensar que normalmente os vilões ou monstros cinematográficos são caracterizados por uma pessoa com alguma incapacidade física ou mental (Korby, 1987 cit in Bullock & Mahon, 1997), ora este tipo de mentalidade além de ser por si só uma barreira, é também uma forma de expansão e manutenção de atitudes negativas.

Não é possível legislar contra atitudes negativas acerca das pessoas com incapacidade. Estas atitudes baseiam-se em contextos históricos, referentes a um tratamento distintivo e depreciativo relativamente à incapacidade ao longo dos tempos. Teorias de inferioridade genética ou determinismo biológico retrataram durante séculos as pessoas com incapacidade como grotescas, demoníacas ou temidas por apresentarem características super ou infra humanas. Estas atribuições positivas ou negativas de significância reflete-se na falta de conhecimento por parte da sociedade em geral sobre a incapacidade (Darcy & Daruwalla, 1999).

As atitudes negativas para com a pessoa portadora de incapacidade, podem ser explicadas através do processo de aprendizagem, ou seja, quando vemos alguém diferente, é natural que não se compreenda essa diferença, por isso acionamos um mecanismo de memória na tentativa de encontrar alguma informação que nos possa ajudar a compreender o que não entendemos. Infelizmente, na maioria dos casos, a informação disponível baseia-se em atitudes negativas aprendidas direta ou indiretamente através da aprendizagem social. As pessoas portadoras de incapacidades mais visíveis podem ser menos valorizadas que as pessoas sem incapacidade, devido às suas diferenças, podendo estes últimos acentuar essas diferenças na forma como agem ou preferem não agir (Schleien et al., 1988).

Hoje em dia, segundo Yau et al (2004) continua a prevalecer a mentalidade de que a população com incapacidade não merecerá ou ambicionará nada para além da satisfação das necessidades de sobrevivência básicas. É esperado que sejam pessoas tristes, se sintam à margem e que sejam inativas. Estas atitudes estão de tal forma enraizadas nas sociedades, que muitas pessoas com incapacidade nem as questionam e até as aceitam e agem correspondentemente.

Deste modo e considerando a investigação de Bullock & Mahon (1997), as atitudes negativas podem ser de vários tipos: (i) atitudes de ameaça: quando as pessoas com incapacidade são consideradas uma ameaça para a sociedade, ou seja, o indivíduo com incapacidade é vista como um perigo potencial; (ii) atitudes de pena: extremamente comuns e, ao mesmo tempo, contraproducentes, visto que, uma pessoa que é objeto de pena raramente é respeitada, ou seja, tolera-se a pessoa com incapacidade, mas nega-se-lhe uma inclusão social plena; (iii) atitude de doença: quando os sujeitos com incapacidade são percebidos como doentes, não existindo uma aceitação da sua diferença, apenas e, mais uma vez, uma tolerância devido a um estado de doença permanente; (iv) atitude de caridade: quando a sociedade considera a pessoa com incapacidade não autosuficiente, sendo a caridade a única solução à sua sobrevivência, inibindo-o do seu direito de liberdade e independência; (v) atitude de ridículo: atitude que se impõe como

uma das mais antigas e persistentes, que consiste em expor a pessoa com incapacidade ao ridículo; (vi) atitude paternal: quando o indivíduo com incapacidade, qualquer que seja a sua idade, é considerado uma eterna criança (explicando-lhe tudo pormenorizadamente, numa linguagem simplificada); (vii) atitude do inocente: quando a pessoa com incapacidade é considerada um castigo ou uma dádiva divina, acreditando que os seus pais ou os que a rodeiam estão a ser testados ou punidos por razões religiosas.

As atitudes negativas representam uma falta de aceitação de sociedade e baixa tolerância às diferenças individuais, conduzindo inevitavelmente à discriminação da pessoa com incapacidade. De acordo com Devine (1997), a construção social da incapacidade constitui uma barreira à participação no lazer. Esta teoria defende que o significado da incapacidade é criado, apreendido e partilhado pelas pessoas, refletindo-se nos comportamentos, objetos e linguagem usados. O turismo, enquanto atividade recreativa e de lazer é uma daquelas em que mais se podem sentir estas barreiras.

Por sua vez, Packer et al., (2007) referem que os turistas com incapacidade entrevistadas no seu estudo concordam unanimemente que as barreiras físicas ou sistemáticas, não seriam tão críticas como as barreiras atitudinais. As barreiras físicas podem ser resolvidas, enquanto que as barreiras atitudinais são muitas vezes recalcadas. Outros trabalhos, nomeadamente de Daruwalla & Darcy (2005) atestam que as atitudes do público em geral relativas às pessoas com incapacidade são cada vez mais favoráveis e positivas. No entanto, considerando processos emocionais mais profundos, as atitudes não verbalizadas, são frequentemente de rejeição. Estas reações prendem-se com o conceito de “dissonância cognitiva” referente às incongruências e desconforto psicológico experienciado pelas pessoas sem incapacidade, que tentam solucionar esta “inconsistência”.

O desenvolvimento destas atitudes tem como base o processo de socialização, em que a construção do que é “normal” ou “anormal” contribui ativamente para a estigmatização e para a formação de estereótipos (Daruwalla & Darcy, 2005). Esta definição de “normalidade” é bastante comum e típica da perspetiva médica relativamente à incapacidade. A opressão, exclusão, e segregação de pessoas com incapacidade na participação em atividades sociais, não são resultado dessa incapacidade, mas sim o resultado de ambientes sociais incapacitantes e a prevalência de “atitudes sociais hostis” (Barnes, 1996 *cit in* Daruwalla & Darcy, 2005).

Ao mesmo tempo, é importante referir que os constrangimentos físicos não se restringem somente à acessibilidade. Existem outro tipo de problemas de enfoque físico, relacionados com as políticas e procedimentos organizacionais, que constituem verdadeiros obstáculos à participação no turismo, não esquecendo a falta de colaboradores qualificados que normalmente não possuem os conhecimentos necessários para atender pessoas com incapacidade ou simplesmente não apresentam a sensibilidade necessária para os receber adequadamente (Schleien et al., 1988). A CIF reconhece que a participação em situações de vida diárias envolve interações complexas (incluindo atitudes sociais, estruturas naturais e humanas, atitudes familiares, políticas), em que a

incapacidade é apenas um dos muitos fatores, e possivelmente nem sequer o fator chave, que facilita ou inibe esta participação. Assim, a eliminação de barreiras físicas para a promoção da acessibilidade para todos, poderá apenas resolver parte dos constrangimentos. Isto é, sem que exista uma envolvente facilitadora e promotora do *empowerment* da pessoa com incapacidade, estas pessoas continuarão sem acesso a atividades turísticas (Yau et al., 2004).

Por outro lado, o turismo poderá ter um papel importante na mudança de atitudes, servindo como instrumento modelador e influenciador de comportamentos, visto tratar-se de uma atividade com uma forte componente social, promovendo a interação e inclusão social. Assim, a indústria turística poderá tomar a iniciativa através da contratação de pessoal com incapacidade e da formação e sensibilização do pessoal em contacto com o turista com incapacidade. Ao mesmo tempo, as pessoas sem incapacidade contactarão com esta realidade de modo não discriminatório, de aceitação plena desta população, o que poderá conduzir a uma mudança de atitude, em que as atitudes positivas para com a população com incapacidade se poderão multiplicar, tornando-se cada vez mais frequentes e comuns.

### 3.3.3.2 Constrangimentos físicos ou arquitetónicos

Os constrangimentos físicos ou arquitetónicos, tal como a sua designação indica, estão relacionados com uma condição do meio físico que restringe ou complica o acesso, movimento ou participação dos indivíduos no uso de facilidades, infraestruturas ou áreas turísticas (Bullock & Mahon, 1997). Deste modo, este tipo de barreiras, além de serem as que mais frequentemente se encontram na literatura científica, são as que estão mais diretamente relacionadas com o conceito de acessibilidade. Quando se fala de acessibilidade, entenda-se acessibilidade total, em que o turista com incapacidade possa ter direito a uma experiência turística total, onde o transporte, o alojamento, as atrações, as facilidades e áreas circundantes sejam plenamente acessíveis (Murray & Sproats, 1990).

Desta forma, urge a implementação de estratégias e métodos para combater este tipo de barreiras, passando algumas das soluções pela mudança de políticas, práticas e procedimentos das organizações turísticas (alterando regras que possam de alguma forma ser discriminatórias ou mudando a política de reservas, dando prioridade a pessoas com incapacidade), eliminar barreiras de transporte (tentando criar uma rede interna de transporte de forma a que a pessoa com incapacidade possa participar em todas as atividades sem ter de recorrer a transportes públicos, normalmente com dificuldades de acessibilidade), promover serviços de ajuda auxiliares e minimizar as barreiras de comunicação (oferecendo serviços adicionais de intérpretes de linguagem, já que muitas pessoas com incapacidade têm algumas dificuldades de comunicação), e por fim eliminar as barreiras arquitetónicas (através da criação de rampas, passadiços, portas

entre outros suficientemente acessíveis a qualquer pessoa com uma insuficiência motora) (Bullock & Mahon, 1997).

Um dos principais problemas das pessoas com incapacidade aquando da participação no turismo é a acessibilidade física das facilidades e equipamentos. Por exemplo, vários turistas com mobilidade reduzida já se depararam com a perda ou danos na sua cadeira de rodas, sendo um acontecimento ainda mais stressante do que a perda da bagagem de um turista comum (Turco & Stumbo, 1998). Por outro lado, verifica-se que é difícil encontrar alojamento que sirva todas as suas necessidades, enumerando barreiras de acessibilidade física concretas como banheiras que limitam a movimentação dentro dos WC's ou balcões de atendimento demasiado altos (Turco & Stumbo, 1998). Os mesmos autores apresentam como uma das soluções a adotar a sensibilização para a acessibilidade através de treino e formação específicos dos recursos humanos envolvidos.

Outras formas de atenuação destes constrangimentos passam por um planeamento minucioso, de maneira a integrar e envolver esta população nas atividades turísticas, evitando a criação de programas específicos, que também podem ser vistos como uma barreira acrescida de discriminação e segregação.

Segundo Camisão (2006), deve implementar-se o Desenho Universal que visa atender ao maior número de pessoas possível, planeando espaços com apropriadas dimensões para interação, alcance e utilização de produtos e serviços de uma forma geral, independentemente do tamanho, postura ou mobilidade do utilizador. O Desenho Universal é a conceção de espaços, artefactos e produtos que visam atender todas as pessoas, com diferentes características antropométricas e sensoriais, de uma forma autónoma, segura e confortável, desenvolvendo soluções que compõem a acessibilidade. Esta estratégia de Desenho Universal reconhece e respeita a diversidade física e sensorial entre as pessoas e as modificações que sofremos desde a infância até à velhice. Assim, para se criar um bom produto, ou uma boa atividade de animação turística, deve-se analisar, em primeiro lugar, o seu público-alvo, no sentido de desenvolver um projeto inclusivo, diferenciado pela qualidade tendo em consideração a acessibilidade, não só arquitetónica, mas também nas rotas, transportes, acolhimento, informação e comunicação (Camição, 2006).

Por fim, será dever quer do sector público, quer do sector privado promover uma boa acessibilidade para todos, sendo que esta acessibilidade deverá ter em consideração a remoção destes constrangimentos físicos, repensando entradas e circulações, rampas, pisos tácteis e contrastes, balcões de atendimento, bilheteiras, maçanetas, interruptores, elevadores, WC's, alojamento, estacionamento, transportes, etc. (Camição, 2006). Neste contexto, a promoção da igualdade de oportunidades de acesso é fundamental, sendo necessário que se desenhem, uma vez mais, programas de sensibilização e consciencialização dos prestadores de serviços do sector turístico.

### 3.3.3.3 Financeiros

A situação dos turistas com incapacidade é bastante complexa, na medida em que a participação turística implica acessibilidade física, mas também económica ou financeira. Vários estudos indicam que a acessibilidade é realmente uma variável crítica na análise da participação da população com incapacidade no turismo, mas a remoção das barreiras físicas constitui apenas uma pequena parte do problema. Para o mercado da incapacidade, as férias poderão não ser possíveis devido a restrições financeiras, sendo estas restrições evidentemente associadas a outros constrangimentos de acesso ao mundo do trabalho ou ao nível de habilitações literárias, tal como já foi referido no capítulo anterior.

A pessoa com incapacidade possui, portanto, fundos discricionários para a participação em atividades turísticas consideravelmente mais baixos que a restante população, principalmente devido aos seguintes fatores: falta de emprego, baixos salários, limitada assistência social e grandes despesas devido às suas necessidades específicas, como é o caso de medicamentos e equipamentos (Schleien et al., 1988).

De maneira geral, as circunstâncias económicas têm um impacto no tipo e variedade das experiências do consumidor. Estes constrangimentos são maioritariamente empolados no que diz respeito a pessoas com incapacidade, especialmente aquelas que baseiam os seus rendimentos em benefícios sociais. Por outro lado, além da solicitação de um quarto acessível, a pessoa com incapacidade terá de assegurar WC's acessíveis, cadeira para a banheira, cama ajustável, entre outro equipamento, o que habitualmente resulta em custos extra. O apoio às AVD (Atividades de Vida Diária) poderá também ter de ser requerido, o que acrescenta uma terceira dimensão ao planeamento da viagem. Estas solicitações representam custos adicionais e aumentam a complexidade do planeamento turístico para esta população (Darcy e Daruwalla, 1999).

A população com incapacidade vê, muitas vezes, condicionada a sua participação no turismo, já que as atividades turísticas envolvem custos elevados, e muitas vezes ainda mais elevados para esta população devido às suas necessidades específicas. De facto, as pessoas com incapacidade não têm geralmente opção de escolha nem flexibilidade para tirar vantagem das ofertas de baixo custo (Murray & Sproats, 1990). Outra restrição económica, prende-se com o tão frequente acompanhante da pessoa com incapacidade, o encarece consideravelmente a viagem ou a participação em atividades de lazer. No entanto, estes fatores não inibem a vontade e o direito à sua participação no turismo.

Atualmente, espera-se que o número de pessoas com incapacidade venha a aumentar como resultado do aumento da esperança média de vida, diminuição de doenças infecto-contagiosas, melhoria da tecnologia médica e, ainda, da melhoria no nível de mortalidade infantil. Nos E.U.A., por exemplo, espera-se que o número de pessoas com incapacidade duplique para 100 milhões de pessoas em 2030 (Burnett & Bender-Baker, 2001 cit in Yau et al., 2004). O conjunto da

população com incapacidade e família e amigos cria um potencial significativo mercado frequentemente ignorado (P. McKercher, 2008; Murray & Sproats, 1990; Yau et al., 2004). Tendo em consideração esta potencialidade, é um dever, mas também uma oportunidade, para as várias organizações que constituem o sector turístico desenvolverem políticas em que a participação das pessoas com incapacidade seja facilitada e promovida.

Em 1993, um estudo realizado pela consultora *Deloitte Touche* identificou o potencial de receitas deste segmento em cerca de 17.000 milhões de dólares na Europa, se estivessem disponíveis as facilidades adequadas. Em 1999, outro estudo da *Joint Disabilities Charities Research Group* revelou que 75% dos respondentes com incapacidade consideravam as férias como sendo importantes para a sua vida, sendo que 66% desta amostra tinha estado de férias no ano anterior (Shaw & Coles, 2004). Outros estudos concluíram que a indústria turística deveria considerar o segmento de mercado com incapacidade, não só por se tratar de uma oportunidade de negócio, mas também porque contribui para a inclusão social desta população de uma forma ativa e positiva (Philips, 2002 *cit in* Shaw & Coles, 2004).

Neste contexto, terão de ser desenvolvidas parcerias com o Estado, que neste âmbito desempenha um papel fundamental, no sentido de adquirir algum tipo de financiamento de forma a tornar as atividades turísticas mais acessíveis economicamente. Estas parcerias entre sector público e privado são essenciais, sendo uma forma de partilha de recursos e esforços que poderão tornar viável e positiva a participação desta população no turismo e em todas as atividades que lhe estão associadas.

Em suma, os constrangimentos extrínsecos, já que estão relacionadas com o ambiente exterior ao indivíduo, são constrangimentos adicionais, considerados até por alguns autores como Schleien et al. (1988) um handicap atribuído pela sociedade em que o indivíduo está inserido. Assim, sumariam-se os principais obstáculos extrínsecos aos sujeitos com incapacidade na Tabela 11, bem como as propostas de diluição dos seus efeitos.



**Tabela 11** - Constrangimentos extrínsecos e propostas de minimização dos seus efeitos

Constrangimentos Extrínsecos	Descrição	Propostas de minimização dos seus efeitos
<b>Atitudes (dos pares)</b>	A fraca sensibilização da sociedade relativamente à incapacidade origina a discriminação e consequente exclusão social dos indivíduos com incapacidade, inibindo a sua participação em múltiplas áreas sociais, nomeadamente no turismo.	Promover a atividade turística, como instrumento modelador e influenciador de comportamentos, promovendo a interação e inclusão social Contratar pessoal com incapacidade Oferecer formação aos recursos humanos que contactam com o turista com incapacidade
<b>Físicos e Arquitetónicos</b>	O turista com incapacidade depara-se frequentemente com obstáculos que o impedem de usufruir de produtos e serviços turísticos. Esses obstáculos de natureza física e arquitetónica prendem-se com problemas de acessibilidade aos transportes, alojamento, infraestruturas, equipamentos, atrações, facilidades e áreas envolventes.	Sensibilizar a sociedade para a acessibilidade universal (design universal), através do treino e formação específicos dos recursos humanos envolvidos Alterar políticas, práticas e procedimentos das organizações turísticas com vista à inclusão de pessoas com incapacidade Oferecer serviços e ajudas técnicas que permitam a acessibilidade global aos destinos
<b>Financeiros</b>	A população com incapacidade apresenta rendimentos menos elevados que a restante população, o que se reflete inevitavelmente ao nível da sua participação e frequência turística. Por outro lado, o indivíduo com incapacidade tem de incorrer em despesas elevadas com serviços e ajudas técnicas (ex.: AVD, equipamento específico de apoio à mobilidade...). Outra restrição económica está relacionada com os habituais acompanhantes da pessoa com incapacidade, o que encarece consideravelmente a viagem ou a participação em atividades turísticas.	Desenvolver políticas inclusivas no seio das diversas organizações que constituem o sector turístico Promover o Turismo Social para pessoas com incapacidade

**Fonte:** Elaborado com base em Kastenholz et al. (2010), Packer et al. (2007); Camisão (2006); Shaw & Coles (2004); Yau et al. (2004); Darcy & Daruwalla (1999); Turco & Stumbo (1998); Murray & Sproats (1990) e Schleien et al. (1988)

Os obstáculos externos que se apresentam aos indivíduos com incapacidade são da exclusiva responsabilidade do ambiente ou sociedade em que estes se inserem. Porém, estas restrições não diminuem o desejo de participação no turismo, nem o direito universal à igualdade de oportunidades, por parte destes cidadãos. Deste modo, as políticas, orientações ou parcerias a desenvolver pelo Estado salientam-se como o caminho a seguir para a minimização dos efeitos destas barreiras, fomentando a criação de legislação e o cumprimento das regras de acessibilidade universal, e ainda, partilhando recursos tendo em vista a promoção de um turismo social e inclusivo.

### 3.4 Benefícios da participação no turismo por pessoas com incapacidade motora e sensorial

Os benefícios da atividade turística são evidentes e têm vindo a ser comprovados através de vários estudos, podendo incidir sobre as sociedades, os destinos e os seus visitantes. Neste âmbito, interessa sublinhar a importância dos benefícios para os visitantes, designadamente os visitantes com incapacidade.

Deste modo, benefícios como descanso do trabalho; novas experiências; alargamento de horizontes; oportunidade de aprendizagem; contacto com outras culturas; promoção da tolerância intercultural; desenvolvimento pessoal e social; visita a familiares e amigos; promoção da saúde física e mental; e, finalmente, a melhoria global do bem-estar e da qualidade de vida são referidos por vários autores (Gilbert & Abdullah, 2004; Przeclawski, 1995; Shaw & Coles, 2004). Por sua vez, sendo o turismo uma atividade que implica interação e participação em vários domínios da vida social, verifica-se que também poderá trazer efeitos positivos significativos ao nível da inclusão social.

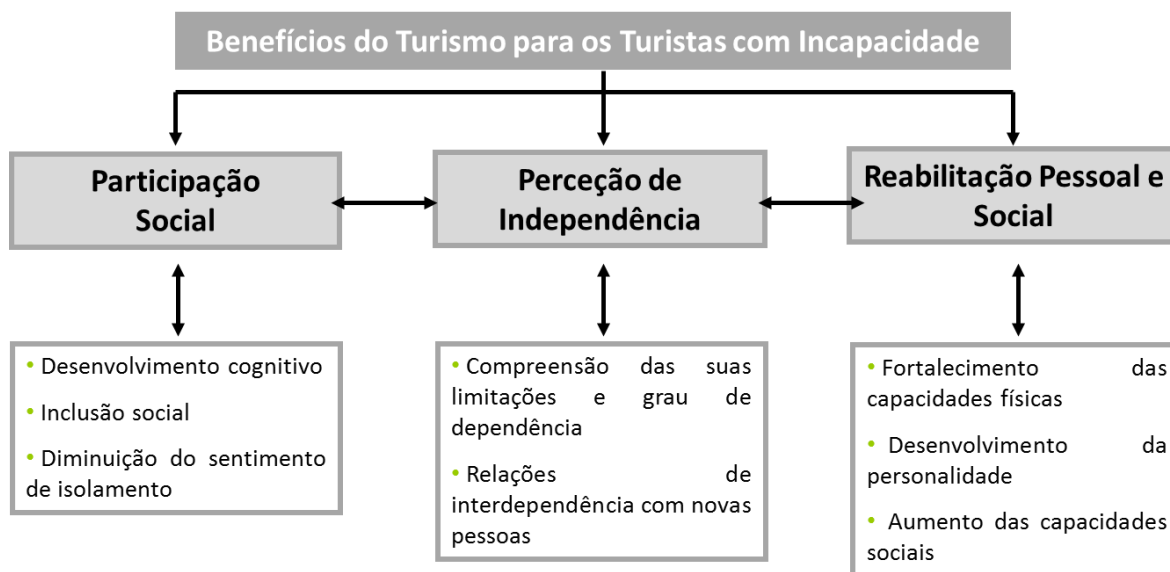
Estes últimos aspetos são particularmente relevantes para a população com incapacidade motora e sensorial, já que como se tem vindo a dar conta ao longo da presente investigação, a discriminação, isolamento e exclusão social são fatores a que esta população está muitas vezes submetida.

O turismo assume-se, portanto, como uma forma de supressão de barreiras e como meio de estimulação do prazer da descoberta e do convívio, concretizando desejos, necessidades e expectativas. Esta atividade traduz-se, atualmente, numa experiência de vida essencial que contribui para o crescimento e desenvolvimento pessoal de cada indivíduo (Przeclawski, 1995).

Desta maneira, os indivíduos poderão não estar conscientes dos resultados do seu envolvimento no turismo para além de se “sentirem bem”, no entanto, a longo prazo, os seus efeitos são notórios a nível físico, mental, social, espiritual ou estético (Henderson & Bialeschki, 2005), o que derivará em aumentos significativos da auto e inter confiança, do desenvolvimento pessoal e social e da comunicação interpessoal (Goodwin et al., 2009; Hood & Carruthers, 2007; Lobożewicz, 1995; Loeffler, 2004; Przeclawski, 1995). Sublinha-se o facto destes benefícios não se limitarem ao momento de realização das atividades turísticas, mas de se prolongarem no tempo, culminando num aumento efetivo do bem-estar geral dos indivíduos, ou seja, da sua qualidade de vida percebida (Anderson, Schleien, McAvoy, Lais, & Seligmann, 1997; Goodwin et al., 2009; Hood & Carruthers, 2007).

De forma sistemática, e segundo vários autores (Bedini, 2000; Goodwin et al., 2009; Hood & Carruthers, 2007; Szczygiel & Piotrowicz, 1995) podem-se categorizar os benefícios sentidos pelos turistas com incapacidade em: (i) benefícios de participação social; (ii) benefícios de

perceção de independência; e (iii) benefícios de reabilitação, tal como se demonstra através da Figura 10.



**Figura 10** - Benefícios do turismo para pessoas com incapacidade

**Fonte:** Elaborado com base em Kastenholz, et al., (2010) e Goodwin, et al., (2009)

Os benefícios de participação social aliados à atividade turística encontram-se no contato com outros participantes ou com a comunidade local, o que é particularmente valorizado pelas pessoas com incapacidade, no sentido de se sentirem socialmente valorizadas (Hood & Carruthers, 2007). Por outro lado, esta participação social produz outros efeitos positivos noutros domínios, nomeadamente ao nível do desenvolvimento cognitivo e na diminuição dos sentimentos de solidão e isolamento (Bedini, 2000; Goodwin et al., 2009; Hood & Carruthers, 2007).

No que diz respeito aos benefícios de perceção de independência, o turismo facilita a compreensão do seu nível real de dependência ou das suas limitações, o que pode aumentar o seu bem-estar psicológico e possibilitar a criação de relações de interdependência com um grupo de pessoas novo, diminuindo, uma vez mais, sentimentos de isolamento social (Bedini, 2000; Goodwin et al., 2009).

Por fim, os efeitos no âmbito da reabilitação social e pessoal englobam o fortalecimento de capacidades físicas, o desenvolvimento da personalidade e o aumento das capacidades sociais (Goodwin et al., 2009; Hood & Carruthers, 2007; Szczygiel & Piotrowicz, 1995).

Por outro lado, verificou-se também que o perfil e comportamento de viagem do turista com incapacidade são distintos da restante população, daí que variados estudos tenham concluído que os benefícios da prática turística para esta população sejam sentidos com maior intensidade (Shaw & Coles, 2004; V. Smith & Hughes, 1999). É certo que os benefícios sentidos pelos turistas com incapacidade são exatamente os mesmos que os dos seus pares (Moura, Kastenholz, & Pereira, 2009; Mueller & Kaufmann, 2001; Przecławski, 1995; V. Smith & Hughes, 1999),

verificando-se que Qualquer experiência turística é uma constelação de pequenos momentos e emoções, individuais e coletivos, que vão construindo uma impressão e, consequentemente, uma memória. Neste sentido, uma emoção tem o poder de transformar e moldar a vida dos indivíduos, expandindo ou contraindo os seus horizontes (Richards et al., 2010). Todavia, Shaw & Coles (2004) enfatizam ainda que os principais efeitos positivos sentidos pelos turistas com incapacidade são o descanso, o relaxamento, o sentido de liberdade percebida e a oportunidade de visitar novos lugares. O mesmo estudo sublinha ainda, outro aspeto fundamental e particular relativamente a este público com necessidades especiais, que é a importância que o turismo assume para o alívio ou quebra das obrigações quotidianas dos seus acompanhantes ou cuidadores.

Deste modo, realça-se que os benefícios do turismo para a população com incapacidade são múltiplos, marcantes e que facilmente se extravasam para outros grupos sociais. Daí que o turismo acessível seja reconhecido como uma atividade que provoca efeitos positivos nas sociedades promovendo melhorias ao nível do acesso e da divulgação da informação; da cooperação entre os vários *stakeholders* locais e ainda da socialização e tolerância, fomentada através do contato e interação entre residentes e visitantes. Por último, o desenvolvimento de um turismo para todos resulta em vantagens diferenciadoras e altamente competitivas para os destinos turísticos, na medida em que o mercado da incapacidade apresenta uma dimensão potencial atrativa e ainda inexplorada, o que culminará num aumento significativo de benefícios económicos, diretos e indiretos para os destinos turísticos. De acordo com Nossa (2008) há, cada vez mais, a necessidade de compreender a dialética produtiva e inovadora entre o espaço e as demais ciências, interpretando as suas implicações ao nível político, social e da saúde, urgindo abordagens investigativas mais humanistas e integradoras.

Assim, a atividade turística é claramente um meio de promoção da qualidade de vida da população com incapacidade, fomentando a sensibilização, aceitação, respeito e inclusão plena em sociedade. Para além disso, verifica-se ainda que estes efeitos produzem consequências expressivas na sociedade e nos destinos, devendo, por estes motivos, pensar-se no turismo de forma global e inclusiva, para todos.

### 3.5 Síntese conclusiva

O turismo, sendo um campo de investigação relativamente recente, tem vindo a ser estudado, maioritariamente no âmbito dos seus domínios económicos e ambientais, negligenciando-se a sua importante componente social (Richards et al., 2010).

O turismo acessível ou o turismo para todos, onde se inclui a população com incapacidade, é uma área que apenas nos últimos anos tem sido explorada e investigada, despertando cada vez mais interesse e curiosidade. Assim, sabendo que o turismo acessível se apresenta para a presente

investigação como uma solução ou filosofia de gestão que possibilita a plena participação dos indivíduos com incapacidade em atividades turísticas, observa-se que o domínio social do turismo tem aqui um papel fundamental (ponto 3.1).

Simultaneamente, constata-se a relevância deste modelo de desenvolvimento turístico ao longo do ponto 3.2, revelando-se características únicas acerca do mercado turístico da incapacidade no que concerne ao perfil do consumidor e respetivo comportamento de viagem. Características estas, moldadas por constrangimentos que se impõem à livre vontade e participação dos sujeitos com incapacidade no turismo e que podem classificar-se como internas (intrínsecas ao próprio indivíduo), interativas (fruto da interação entre a pessoa e o meio) ou externas (resultantes do ambiente que rodeia o sujeito).

Desta maneira, ao longo do ponto 3.3, descreveram-se ao nível do turismo, os obstáculos à participação da população com incapacidade são bastante evidentes, sendo alguns deles: as condições de saúde, falta de serviços adequados às suas necessidades específicas, elevados custos, falta de informação, acessibilidades, entre outros. A primeira experiência turística é determinante para a viabilidade ou não de outras experiências turísticas (Murray & Sproats, 1990). Se uma pessoa tem uma experiência turística positiva, ficará motivada para a repetir, no entanto, e segundo Smith (1987), se a experiência for negativa, o comportamento turístico futuro do indivíduo ficará comprometido. A população com incapacidade poderá não desistir de viajar, mas o prazer que retirará da viagem será menor e por conseguinte o entusiasmo para uma viagem futura diminuirá.

Nos últimos 20 anos, fizeram-se bastantes esforços e deram-se muitos progressos na remoção de barreiras, verificando-se preocupações crescentes no âmbito da acessibilidade, tanto que hoje em dia, já existem transportes, alojamento e atrações perfeitamente acessíveis. Contudo, a população com incapacidade continua a não viajar, observando-se pouca procura das facilidades acessíveis (Yau et al, 2004). Esta falta de interesse por parte da população com incapacidade explica-se, em parte, através da fraca integração destes produtos e com a falta de complementaridade entre si.

De um modo geral, a minimização de constrangimentos prende-se com melhoria da acessibilidade física, com uma boa comunicação e divulgação das informações acerca do destino e das atividades acessíveis que poderão ser desenvolvidas e com políticas de sensibilização e consciencialização ao nível social, quer dos prestadores de serviços, mas também pela integração de trabalhadores com incapacidade na oferta turística.

O Estado em conjunto com os responsáveis e prestadores de serviços na área do turismo, tem um papel preponderante na promoção de serviços de suporte feitos à medida das necessidades específicas da população com incapacidade. Na verdade, Smith (1987) e Daruwalla & Darcy (2005) defendem que, apesar de todas as alterações arquitetónicas de melhoria da acessibilidade física, estas alterações não trarão quaisquer benefícios às pessoas com incapacidade, se não se implementarem políticas de sensibilização e consciencialização ao nível social.

A abordagem social ao conceito de incapacidade sublinha este aspeto, adiantando que a sociedade necessita de identificar todos os constrangimentos culturais e formular estratégias para mitigar os resultados negativos das experiências turísticas (Daruwalla & Darcy, 2005). As estratégias são particularmente importantes no que concerne o processo de transformação da atividade turística como um conceito abstrato para uma preocupação de resolução prática para assegurar uma agradável e satisfatória experiência (Yau et al, 2004).

Os constrangimentos com que se depara o indivíduo com incapacidade ao longo da sua vida, no dia-a-dia e particularmente no turismo, são de variada e diferente ordem, contudo, podem ser vistos como desafios e oportunidades para uma indústria turística em evolução, sensível aos problemas sociais. No quadro atual de competitividade cada vez mais apertado, onde o alargamento das oportunidades de participação da população com incapacidade pode oferecer um valor adicional e constituir uma mais-valia, servindo claramente de fator diferenciador e distintivo. O turismo tenderá a acompanhar a evolução de mentalidades de um público cada vez mais exigente e consciente das problemáticas sociais.

Para a própria população com incapacidade, os benefícios do turismo passam pelo aumento da sua autonomia e resiliência, pelo seu crescimento psíquico e emocional e pelo aperfeiçoamento das suas capacidades sociais (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007). Muitos turistas com incapacidade afirmam que o simples facto de terem estado em determinado destino, terem conseguido realizar alguma atividade turística ou simplesmente terem explorado espaços através de um discurso descritivo, através de cheiros, toque ou sons, pode levar ao mesmo patamar de satisfação que qualquer turista sem incapacidade experimenta (Yau et al., 2004). Ao mesmo tempo, há que frisar as evidências empíricas que testemunham que estas experiências são vividas com maior intensidade por parte dos indivíduos com incapacidade.

Prevê-se, portanto, que o turismo acessível cresça, não só em termos económicos, mas também em termos sociais, sedimentando as suas faculdades de gerar benefícios nos indivíduos e sociedades. Neste contexto, aponta-se para que o turismo, em particular o turismo acessível, tenha um papel crescentemente relevante no âmbito da saúde e bem-estar das pessoas com incapacidade, assinaladamente ao nível do combate ao stress. É, precisamente, este relacionamento que se pretende explorar no próximo capítulo, analisando-se o *stress-coping* aplicado ao turismo acessível.

## CAPÍTULO IV – O STRESS-*COPING* APLICADO AO TURISMO ACESSÍVEL

---

## Capítulo IV – O Stress-Coping no âmbito do Turismo Acessível

A importância que o stress assume nas sociedades contemporâneas é cada vez mais evidente, não só no dia-a-dia dos indivíduos, mas igualmente em termos científicos, como matéria de estudo no seio da comunidade científica. O stress afeta todos os quadrantes sociais dos indivíduos, originando doenças, falta de bem-estar e ausência de qualidade de vida. As pessoas, nas sociedades contemporâneas, parecem ter expectativas mais elevadas do que gerações anteriores, no que diz respeito a estabelecer objetivos ou a atingir metas, o que indubitavelmente dilata o fenómeno do stress nas suas vidas (Iwasaki, Mackay, Mactavish, Ristock, & Bartlett, 2006). Assim, trata-se de uma temática pertinente que tem vindo a ser estudada em diversas abordagens, designadamente no que diz respeito às fontes ou circunstâncias que determinam perceções de stress, as respostas biológicas, psicológicas ou sociais perante situações stressantes ou ainda as estratégias que os sujeitos criam e desenvolvem para lidar com ele (Lazarus, 1993).

Deste modo, e sabendo que o stress é uma problemática humana contemporânea que transcende a sociedade, independentemente de género, rendimento, etnia, orientação sexual ou (in)capacidade (Iwasaki et al., 2006), ao longo do presente capítulo, pretende-se esclarecer de que forma poderá ser estudado o *stress-coping*, focando uma população específica: a população com incapacidade, e analisando uma atividade potencialmente atenuante do fator stress: o turismo (partindo-se do pressuposto teórico de que o lazer se trata de um mecanismo de alívio do stress, e que o conceito de lazer apesar de mais abrangente, se encontra estreitamente articulado com o de turismo).

As pessoas com incapacidade, tal como ficou comprovado ao longo do Capítulo II, estão francamente mais expostas a circunstâncias indutoras de stress, o que influencia inevitavelmente a sua harmonia e estabilidade física, mental, psicológica ou emocional. Por outro lado, várias evidências práticas sugerem que os indivíduos com incapacidade experimentam fontes de stress que tendem a ser intensificadas por fatores específicos associados à sua incapacidade. Ou seja, viver com uma incapacidade terá, substancialmente mais impacto nos níveis sociais, económicos, ambientais, culturais, políticos e até de personalidade dos indivíduos. Contudo, estas pessoas tendem a ser mais resilientes e pró-ativas na gestão do stress, apesar das suas vidas potencialmente mais stressantes que as dos seus pares (Iwasaki et al., 2006).

A literatura demonstra que o lazer proporciona perceções de liberdade, autonomia e desenvolvimento pessoal que assumem uma relevância primordial para a minimização e controlo do stress (Folkman & Moskowitz, 2004). Tem-se vindo a assistir a um crescimento de interesse e relevância atribuída aos estudos que se debruçam sobre o papel do lazer no *coping* de pessoas com incapacidade, na medida em que se tem comprovado a importância do lazer pelos seus benefícios para a saúde e bem-estar globais dos indivíduos e, particularmente na recuperação e reabilitação dos sujeitos em casos de perda extrema ou eventos de vida negativos, como o surgimento de uma incapacidade (Kleiber, Reel, & Hutchinson, 2008). Sendo o turismo uma



oportunidade para o desenvolvimento de diversificadas, intensas e memoráveis atividades de lazer nas sociedades atuais (Neal et al., 2007), poderá reconhecer-se a sua relevância como um importante recurso de impactos positivos e de redução do stress, a longo prazo.

Desta maneira, vislumbra-se a pertinência de estudar o turismo como motor de suporte social e impulsionador do *empowerment* dos indivíduos com incapacidade através de mais valias como o fomento da autodeterminação e do autocontrolo, essenciais ao stress-coping (Iwasaki & Mannell, 2000; Kleiber, Hutchinson, & Williams, 2002; Schneider & Iwasaki, 2003). Richards, et al. (2010) defendem que qualquer atividade que impulse a independência e emancipação das pessoas com incapacidade, serão formas de promoção do seu *empowerment* coletivo e da sua total integração em sociedade.

O presente capítulo estabelecerá, assim, a interligação entre os conceitos de stress, *coping* e turismo acessível, clarificando as circunstâncias indutoras de stress nos indivíduos com incapacidade e explicando a importância das estratégias de *coping* para esta população em específico. Simultaneamente, apresenta-se o lazer enquanto estratégia de *coping* e, finalmente, elucida-se como o turismo acessível poderá considerar-se um recurso de stress-coping para a população em análise, tendo como base os efeitos positivos que provoca nos seus participantes, comprovadamente mais intensos na população com incapacidade (Shaw & Coles, 2004). Desta forma, decidiu-se incidir a investigação sobre a ligação entre turismo acessível e os mecanismos de stress-coping utilizadas pelos seus participantes, particularmente pelas pessoas com incapacidade.

#### 4.1 A ligação entre os conceitos de stress, coping e turismo acessível

Nas últimas décadas os estudos sobre o stress têm ganho popularidade crescente ao nível social e científico, tal como já foi descrito no Capítulo I. Nestes estudos surgiram abordagens focadas não só nas causas ou nos fatores geradores de stress, mas principalmente nos recursos ou nas formas de lidar com o stress, no sentido de preservar a saúde e bem-estar dos indivíduos (Blalock, DeVellis, & Giorgino, 1995). À análise das crenças e estratégias utilizadas pelos indivíduos para gerir o stress, denomina-se stress-coping ou *coping*.

A maneira como as pessoas lidam com o stress é decisiva para a sua perceção de bem-estar e qualidade de vida, daí que Lazarus & Folkman (1984) tenham investigado as relações primárias entre o indivíduo e o meio que gerariam stress, o reconhecimento do stress, as estratégias para lidar com ele, opções de *coping*, e ainda a categorização das opções de *coping*, formas de adaptação ao stress baseadas no problema, na emoção ou na interação social. De acordo com Freire & Tavares (2011) a capacidade dos indivíduos em regular as suas emoções está intimamente relacionada com o seu bem-estar, desempenhando um papel primordial na prevenção do stress e no seu comportamento adaptativo. No entanto, é importante sublinhar que

todas as estratégias poderão ser utilizadas pelo sujeito individualmente ou simultaneamente, consoante as circunstâncias (Hansson & Ahlstrom, 1999).

Para além disso, reconhece-se que a população com incapacidade deverá ser particularmente estudada, não só devido às suas características intrinsecamente distintivas, mas também pela sua situação marginalizante. Ser marginalizado ou discriminado refere-se ao facto dos indivíduos nesta condição possuírem menos poder, menos privilégios, menor status social, mais estigmatização, sendo, maioritariamente, excluídos de grupos dominantes em sociedade, sejam eles socioeconómicos, culturais, políticos ou outros. De uma forma genérica, quem é marginalizado tende a viver em desvantagem nalguns aspetos da sua vida em sociedade (Iwasaki et al., 2006). De acordo com Hansson & Ahlstrom (1999), a incapacidade pode tornar as atividades do dia-a-dia um desafio constante, originando situações de fragilidade, receio, tensão e ansiedade, que consequentemente se poderão tornar episódios de stress. Deste modo, o *coping* é um fator chave para as pessoas com incapacidade, oferecendo oportunidades de adaptação a variadas circunstâncias e desenvolvimento de competências que suportem condições de stress futuras.

É neste contexto que surge o turismo acessível como recurso de stress-coping, ou seja, como estratégia de gestão do stress para pessoas com incapacidade. Richards et al. (2010) sublinham que o turismo é uma oportunidade para o relaxamento dos indivíduos já que promove a alteração da rotina do dia-a-dia, mas, principalmente, para a interação social. Powdthavee (2009) refere que um dos mais importantes e provocatórios resultados apresentados na literatura da área do bem-estar é que a importância do lazer para o *coping* de qualquer indivíduo é notória, sugerindo que a aquisição de algum tipo de incapacidade poderá até representar um impacto ainda mais positivo na satisfação obtida durante o tempo de lazer. Deste modo, diversas evidências empíricas demonstraram que os mecanismos de stress-coping através do lazer deveriam guiar outras investigações e perspetivas práticas. Por um lado, perceber como o espaço ou um território (destino) poderá ser um agente ativo na modelação da experiência de saúde, tornando-se um centro de compreensão, partilha e atividade social (Nossa, 2008). E, por outro, analisar contextos sociais e culturais minoritários será importante e necessário, na medida em que os resultados obtidos no âmbito do *coping* através do lazer ativo, comprovam que existem diferenças relativamente aos restantes grupos sociais dominantes. Deste modo, serão necessárias abordagens mais holísticas que incorporem pontos de vista de grupos diversos da sociedade (Iwasaki et al., 2006), designadamente da população com incapacidade, num contexto específico de lazer: o turismo.

Neste sentido, crê-se que o turismo acessível, isto é, o desenvolvimento de destinos, equipamentos e atividades devidamente planeadas e adaptadas às necessidades específicas de toda a população, seja uma fonte efetiva de restabelecimento do equilíbrio e de fomento da harmonia para os indivíduos com incapacidade, capaz de motivar a resolução de problemas stressantes ou de fomentar sentimentos e emoções positivas no sentido da minimização das circunstâncias indutoras de stress.

Em resumo, os conceitos de stress, *coping* e turismo acessível estão claramente interligados, podendo promover-se um relacionamento mais íntimo entre a área da saúde e do setor turístico, tornando os destinos turísticos mais competitivos e, ao mesmo tempo, oferecendo oportunidades de reabilitação e desenvolvimento de competências a uma população frequentemente excluída, através de métodos terapêuticos relacionados com o lazer, no âmbito de atividades turísticas. Desta maneira, para que se compreenda como poderá o turismo acessível ser um recurso de stress-coping, é fundamental estudar as fontes ou as circunstâncias que provocam stress nos indivíduos com incapacidade, assunto que será debatido ao longo do ponto 4.2.

## 4.2 As circunstâncias indutoras de stress no indivíduo com incapacidade motora e sensorial

Atualmente, todos nós enfrentamos diariamente o stress. As formas de ver e encarar as situações, os hábitos que se adquirem, a maneira como gerimos situações de stress e os métodos utilizados para lidar com ele, desencadeiam verdadeiras batalhas entre os indivíduos e o meio envolvente que se refletem ao nível biológico, psicológico e emocional, provocando alterações nos sistemas nervoso vegetativo, endócrino e imunitário, dando origem a várias transformações no metabolismo dos indivíduos (Vaz Serra, 1999). Estas alterações têm, pois, repercussões severas ao nível físico e mental, influenciando negativamente o bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos.

Darcy (2010) explica que experiências não satisfatórias têm implicações significativas no indivíduo através de manifestações de stress e ansiedade. E, este stress está associado ao facto de o indivíduo sentir que a situação específica que está a viver em determinado momento excede os recursos disponíveis para lidar com aquela ocorrência negativa (Lazarus & Folkman, 1984).

De facto, acontecimentos marcantes do ciclo de vida das pessoas, como o primeiro dia de escola, o casamento, o desemprego ou a reforma, bem como traumas, como a morte de um familiar, um acidente ou um abuso sexual, são fontes de stress discretas, já que estão relacionadas com eventos de vida específicos e excepcionais. Ao mesmo tempo, ocorrências comuns do dia-a-dia relacionadas com a vida social dos indivíduos, nomeadamente preocupações com o estudo, com o trabalho ou com a família, e problemas associados ao desenrolar da vida, nomeadamente a revelação de algum problema de saúde, o aparecimento de uma incapacidade ou até a exclusão social, são também circunstâncias indutoras de stress, mas crónicas, na medida em que se referem a situações com as quais os sujeitos terão de lidar diariamente ou com uma frequência regular (Iwasaki & Schneider, 2003).

Tal como afirma Vaz Serra (1999) o stress não é uma doença, as fontes de stress que envolvem a vida dos indivíduos é que provocam desequilíbrios discretos ou crónicos, capazes de abalar os alicerces do bem-estar dos indivíduos e, consequentemente, poderão afetar a sua saúde de forma significativa. Senão vejamos, as circunstâncias indutoras de stress, no caso da população com

incapacidade, podem ainda classificar-se como macro ou micro, de acordo com a sua dimensão e intensidade.

As fontes de stress macro estão relacionadas com episódios sociais e institucionais, em que a envolvente do indivíduo se torna, ela própria, numa situação stressante, designadamente quando é vedado o acesso à educação devido à inexistência de infraestruturas acessíveis ou quando se verifica a falta de igualdade de oportunidades ao nível do emprego. As micro ocorrências indutoras de stress estão intimamente associadas à vida diária dos indivíduos, sucedendo em curtos espaços de tempo, por exemplo quando a pessoa tem dificuldades em vestir-se ou realizar a sua higiene pessoal de forma autónoma (Iwasaki & Schneider, 2003). Neste contexto, compreende-se que o stress poderá ser de ordem física, psicológica ou social e ter uma origem interna ou externa ao indivíduo. Contudo, e independentemente da natureza ou repercussão na saúde dos sujeitos, existe sempre uma necessidade inevitável de adaptação dos seus recursos (Vaz Serra, 1999).

Neste sentido, os indivíduos com ou sem incapacidade terão sempre de desencadear os mecanismos ao seu alcance para lidar com o stress. Estes mecanismos criados e aperfeiçoados ao longo do tempo tornam-se metodologias para lidar com o stress, ou seja, afirmam-se como estratégias de *stress-coping*. A adaptação a uma situação de incapacidade é, muitas vezes, um dos processos mais difíceis e dolorosos na vida de qualquer indivíduo. Todavia, não há outra solução para os sujeitos senão ajustarem-se à sua nova condição. Nalguns casos, este ajuste é de tal forma bem sucedido que as pessoas ganham novas forças e tomam consciência de novas possibilidades (Kleiber et al., 2008).

O *coping* é, portanto, o instrumento que o ser humano aplica e desenvolve para gerir situações de stress, compreendendo os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências específicas que excedem os seus recursos (Lazarus, 1993), cuja importância se verifica cada vez mais nas sociedades atuais, particularmente para a população com incapacidade, e que se pretende explicitar seguidamente.

### 4.3 A importância das estratégias de *coping* para as populações com incapacidade motora e sensorial

O *coping*, enquanto mecanismo interno para lidar com situações difíceis, é a resposta cognitiva e comportamental que o indivíduo desenvolve para ir lidando com dificuldades ou exigências específicas que este considera excessivos para os seus recursos, podendo encarar esses acontecimentos stressantes como uma ameaça, um dano ou um desafio (Lazarus, 1993). Deste modo, e tal como já foi referido no Capítulo I, o stress poderá ter impactes negativos, mas também positivos nos sujeitos, consoante os recursos internos que estes possuem ou adquiriram ao longo da vida, para gerir e administrar problemas, sentimentos e emoções.

Por sua vez, os métodos existentes para resolver de forma efetiva situações de stress que poderão ser assumidas pelos indivíduos como ameaças, danos ou desafios são as chamadas estratégias de *coping*. Estas estratégias são instrumentos poderosos que permitem harmonizar e (re)equilibrar a vida dos indivíduos, daí a sua importância.

Sintetizando, as estratégias de *coping* são pessoais e dependem muito da aprendizagem e do suporte social desenvolvidos ao longo da vida por cada um (Pereira, 2001), resultantes de um processo complexo e dinâmico que depende do ambiente que envolve o indivíduo e também da interação entre indivíduo e ambiente.

McColl *et al.* (1995) afirmam ainda que as estratégias de *coping* não poderão ser categorizadas segundo tipologias de situações stressantes, ou seja, não existe uma estratégia específica para determinado fator stressante, sendo que os indivíduos recorrem a diversas estratégias de *coping*, muitas vezes em simultâneo, para lidar com um ou mais acontecimentos indutores de stress, já que a vida não é compartimentada, mas uma amálgama de ocorrências que exigirão inevitavelmente uma gestão adaptativa do stress.

Portanto, considerando a população com incapacidade motora e sensorial e sabendo que se trata de uma população com características e necessidades especiais, verifica-se que as fontes de stress são claramente distintas, não só devido à própria situação de incapacidade, mas também devido às suas características sociodemográficas, debatidas ao longo do Capítulo II. Contudo, não há evidências científicas suficientes para afirmar que as estratégias de *coping* serão igualmente diferentes.

Neste contexto, é importante perceber que as estratégias de *coping* para situações de stress, ou estratégias de stress-*coping*, têm sido amplamente investigadas na generalidade da população. Todavia, pouco ênfase científico tem sido dado à população com incapacidade, revelando-se uma lacuna de conhecimento de grande importância, na medida em que ocorrências de enfermidade, física ou mental, permanente ou temporária, são uma das principais fontes de stress, devido às contrariedades encontradas na gestão e controlo dessas situações (Vaz Serra, 1999). Alguns estudos realizados neste âmbito, porém, apontam que o stress-*coping* assume características específicas em populações com doença permanente (Loy, Dattilo, & Kleiber, 2003; Mactavish & Iwasaki, 2005).

De acordo com Powdthavee (2009), a adaptação a novas circunstâncias, nomeadamente situações stressantes, implicam uma redução de atenção ou diminuição do enfoque atribuído a esse novo acontecimento. No entanto, e considerando uma situação hipotética de falta de liquidez financeira, muitas vezes indicada como uma das maiores fontes de stress dos indivíduos sem incapacidade, e outra situação de stress devido à ocorrência de uma incapacidade, verifica-se que a adaptação à primeira poderá ser, eventualmente, mais célere e ligeira, já que as pessoas não passam a maioria do seu dia a pensar no montante financeiro que possuem no banco, mas se tiverem algum tipo de incapacidade, o desafio é diário e permanente, na medida em que essa condição implica diretamente nas atividades mais simples do dia-a-dia como vestir-se ou tomar

banho de forma autónoma, subir um lance de escadas para o trabalho, fazer um pedido de refeição num restaurante, entre outras.

Na mesma linha de pensamento, Hansson & Ahlstrom (1999) defendem que o *coping* é um mediador entre o indutor de stress e a resposta adaptativa do indivíduo com incapacidade, através de estratégias focadas na emoção, no problema ou na interação com o meio, corroborando os estudos de Lazarus e Folkmann (1984, 1993), sublinhando a importância da conexão entre os recursos disponibilizados pelo indivíduo e aqueles que lhe são fornecidos pelo seu meio envolvente, designadamente apoio social, técnico e médico. Outros autores suportam estas afirmações, enfatizando o relacionamento do *coping* com o suporte social dos indivíduos, especialmente daqueles com incapacidade (McColl et al., 1995).

Desta forma, comprova-se ao longo deste ponto que a importância das estratégias de *coping* para a população com incapacidade é francamente suportada pela literatura, através dos poucos estudos realizados, designadamente a amostras com indivíduos com incapacidades essencialmente de carácter físico.

Em síntese, sendo o *coping* uma ferramenta fundamental para o bem-estar e qualidade de vida a longo prazo dos indivíduos é necessário compreender quais as estratégias mais adequadas para a população em estudo. Neste sentido, constatou-se que de vários recursos e estratégias de *coping*, o lazer revelou gerar suporte social, autodeterminação, perceção de liberdade, sentido de controlo autónomo e autodeterminação (IsoAhola & Park, 1996). No âmbito da incapacidade, um dos principais objetivos da reabilitação é melhorar e otimizar o funcionamento das atividades diárias e o papel ativo das pessoas na criação do seu próprio bem-estar. (Bult, Verschuren, Jongmans, Lindeman, & Ketelaar, 2011). Investigação recente demonstra que a participação em atividades de lazer é um dos instrumentos mais importantes no alcance de resultados positivos na reabilitação e, de acordo com os mesmos autores, funciona como um motor propulsivo da funcionalidade, habilidade física e cognitiva e da comunicação. Por fim, Kleiber et al. (2002) sustentam ainda que o lazer como recurso de *coping* serve para minimizar o impacto de situações de vida negativas, na medida em que proporciona distração, otimismo e impulsiona a preservação do autoconceito dos indivíduos, tal como se pretende explicitar ao longo do ponto que se segue.

#### 4.4 O lazer enquanto estratégia de *coping*

O *coping* tem orientado inovadoras linhas de investigação no sentido de compreender os processos que o ser humano desenvolve para gerir o stress e identificar metodologias para controlar esse fenómeno, cujas consequências são bastante devastadoras ao nível da saúde e do bem-estar geral dos sujeitos (Pereira, 2006). Deste modo, sendo o *coping* um esforço físico, cognitivo ou comportamental que os indivíduos acionam para resolver exigências específicas que sobrecarregam ou excedem os recursos que têm ao seu alcance (Lazarus & Folkman, 1984,

Pereira, 2001), as estratégias de *coping* não serão mais do que orientações estabelecidas pelos indivíduos para lidar com situações de stress.

Ao mesmo tempo, é importante recordar que as situações de stress, poderão ser de dano, quando a ocorrência alvitra uma perda dolorosa para o sujeito, de ameaça, se o acontecimento sugerir que os recursos ou capacidade que o indivíduo apresenta não são suficientes para a sua superação, ou de desafio, no caso dos eventos ocorridos serem encarados positivamente, como um exercício de incitação ou melhoria dos recursos disponíveis (Lazarus & Folkman, 1984). Ora, os indivíduos poderão desenvolver uma ou mais estratégias de *coping* para cada uma das situações de stress referidas, o que resultará numa clara vantagem psicológica e social, já que contribui para o restabelecimento do equilíbrio, estabilidade e harmonia dos indivíduos e, por conseguinte para a sua saúde e bem-estar a longo prazo, ou seja, para a sua qualidade de vida.

Evidências empíricas sugerem que o coping envolve o planeamento ou a antecipação de potenciais barreiras ou obstáculos na vida dos indivíduos, funcionando como uma estratégia autorreguladora (Arbour-Nicitopoulos, Ginis, & Latimer, 2009). Exemplo do funcionamento desse mecanismo de autorregulação poderá ser o tempo de lazer. Wijndaele et al. (2007) defendem que as atividades desenvolvidas durante o tempo de lazer, designadamente relacionadas com o exercício físico, têm efeitos positivos na redução do stress, na medida em que os indivíduos se tornam capazes de controlar situações de dificuldade ou de desafio em termos físicos. Freire (2013) acrescenta que o lazer pode contribuir para o desenvolvimento positivo dos indivíduos, já que produz impactos na sua identidade (pessoal, social e de pertença), na sua forma de adaptação às situações e na convergência dos seus recursos pessoais para a sua evolução, tendo em vista a trajetória da saúde.

Investigação realizada acerca da população com incapacidade sugere que o exercício ou a atividade física poderá ajudar a diminuir ou atenuar sentimentos depressivos nos indivíduos, demonstrando simultaneamente que atividades promotoras de bem-estar, tais como exercício, reabilitação ou recreação, reduzem comprovadamente a fadiga e contribuem para o aumento significativo de condições de saúde secundárias, como o aumento da qualidade de vida, da participação social e da integração e inclusão globais dos indivíduos com incapacidade na sociedade (Vanner et al., 2008). Muito embora, viver de forma ativa seja muito importante para qualquer pessoa, o significado que se atribui à “vida ativa” varia de indivíduo para indivíduo e das circunstâncias em que este se encontra. Por exemplo, enquanto um grupo de aborígenes sobrevaloriza os aspetos culturais e espirituais na sua perceção de vida ativa, outro grupo de pessoas com incapacidade enfatiza a interação e contacto social no seu conceito de vida ativa (Iwasaki et al., 2006). Nesta perspetiva, os resultados das atividades de lazer poderão evocar processos psicológicos de *coping*, melhorando a autoestima, a autoeficácia e até a energia dos indivíduos (Wijndaele et al., 2007), ajudando os indivíduos a ganhar competências que lhes permitam encarar uma situação stressante no futuro, não como uma situação ameaçadora, mas sim como um acontecimento oportuno para colocar as suas capacidades à prova, ou seja, como um desafio, visto de uma perspetiva positiva.

Desta maneira, o lazer apresenta-se como uma solução para o controlo do stress, isto é, como uma estratégia de *stress-coping*. O lazer enquanto atividade recreativa em que os indivíduos participam voluntariamente durante o tempo livre, ou tempo de não trabalho ou obrigação, envolvendo ocupação, mas igualmente liberdade e construção pessoal através de ações individuais (Santos, Ribeiro & Guimarães, 2003), poderá, deste modo, ser apontado como método de controlo do stress (Folkman & Moskowitz, 2004).

O *stress-coping* é fulcral para a sobrevivência dos indivíduos nas sociedades modernas, acentuando-se, cada vez mais, como um pilar de sustento e prossecução de um estilo de vida saudável. As fontes de stress, ou seja, os danos, as ameaças ou os desafios com que os sujeitos se deparam ao longo da vida, bem como os mecanismos ou estratégias que desenvolvem para lidar com elas, são fatores de sucesso para o incremento da harmonia do dia-a-dia e, consequentemente, para a sua qualidade de vida. O papel do lazer no *stress-coping* é central e inseparável da natureza ou fontes de stress e das funções ou mecanismos de coping desenvolvidos pelos indivíduos (Iwasaki et al., 2006; Kleiber et al., 2002). Deste modo, é essencial examinar as formas como os sujeitos se envolvem no lazer para lidar com o stress, assumindo-se que a gestão ou controlo do stress é um componente fundamental à sua sobrevivência (Iwasaki et al., 2006). Na investigação realizada por Iwasaki, et al. (2006), concluiu-se que os participantes, entre eles um grupo com incapacidade, falavam abertamente acerca dos seus esforços em lidar de forma pró-ativa com o stress e demonstravam um “espírito de sobrevivência” e sentido de resiliência. De notar é o facto do lazer ativo ter sido um dos fatores chave neste processo, ou seja, para além da atividade física, os participantes referiram várias formas de lazer como estratégia de *coping* com situações de stress, tais como atividades sociais, culturais e espirituais, tendo contribuído para a sua perseverança e forças físicas e psicológicas.

Neste sentido, sugere-se que o lazer tem o potencial de operar como um meio ou instrumento de gerir e lidar com o stress de forma efetiva (Iwasaki & Schneider, 2003), já que surge como recurso de *stress-coping* no âmbito de vários estudos, comprovando-se a sua importância e papel ativo na gestão do stress e na manutenção e melhoria da saúde e bem-estar (Coleman & Isoahola, 1993; Hull & Michael, 1995; IsoAhola & Park, 1996; Iwasaki & Mannell, 2000; Iwasaki & Smale, 1998; Zuzanek, Robinson, & Iwasaki, 1998).

Alcançar e manter um nível ótimo de saúde e bem-estar é um objetivo genérico na vida de qualquer pessoa e, claro está, não menos importante para as pessoas com incapacidade, simplesmente, será tipicamente mais difícil (Wilhite & Shank, 2009). Segundo os mesmo autores, hoje em dia, o conceito de saúde dita que, não só é possível que a população com incapacidade alcance e mantenha a sua saúde, mas ainda que é imperativo que se contemple o seu bem-estar global, nomeadamente a sua participação total e ativa no âmbito da educação, emprego, família, comunidade e lazer.

Dentro de vários tipos de recursos e estratégias de *coping*, o lazer revelou ser gerador de suporte social, da perceção de liberdade e sentido de controlo ou autodeterminação (IsoAhola & Park,



1996). Sabendo que o suporte social envolve a perceção de que o indivíduo é acarinhado e estimado pelos que o rodeiam, é importante sublinhar que no caso da população com incapacidade, este aspeto é um dos mais importantes na gestão do stress, existindo literatura comprovativa que os indivíduos com incapacidade demonstram grande recetividade ao apoio emocional proporcionado por outros, quando eles próprios se encontram a lidar com aspetos tangíveis da fonte de stress (McColl et al., 1995)

Kleiber *et al* (2002) defendem ainda que o lazer como recurso de *coping* serve para minimizar o impacto de situações de vida negativas, na medida em que proporciona distração, otimismo e impulsiona a preservação do autoconceito dos indivíduos. Investigações recentes (Iwasaki, MacTavish, & MacKay, 2005; Iwasaki & Mannell, 2000; Schneider & Iwasaki, 2003) têm explorado o lazer enquanto estratégia de *coping*, particularmente na população com incapacidade, verificando-se que promove apoio social e autodeterminação, proporcionando perceções de liberdade e controlo, essenciais ao stress-*coping*.

Reconhece-se que há situações em que o lazer pode ser uma ameaça para os indivíduos. Por exemplo, no caso singular do turismo, muitos indivíduos com incapacidade têm simplesmente optado por não participar, devido aos malefícios de ansiedade e stress que essa participação implica, sobretudo devido à falta de empatia dos seus pares sem incapacidade (Richards et al., 2010). No entanto, estudar-se-á ao longo do ponto subsequente, considerando o pressuposto inicial da aplicabilidade teórica no âmbito do lazer à área de investigação particular do turismo, o papel do turismo como experiência de lazer positiva, assumindo-se que as pessoas procuram experiências agradáveis e pessoalmente relevantes quando praticam turismo, ao invés de tempo livre *per se* (Hutchinson et al., 2003). Kleiber et al. (2008) defendem que as atividades que oferecem oportunidades positivas que sejam pessoalmente expressivas e que, ao mesmo tempo, ofereçam experiências gratificantes que suscitem sentimentos de competência, são as mais benéficas para o *coping*. Neste sentido, crê-se que o turismo poderá ser uma das soluções mais adequadas já que é sinónimo de vários benefícios importantes para os indivíduos, especificamente para os indivíduos com incapacidade, tal como há foi referido no ponto 3.4, do Capítulo III, revelando-se como um possível instrumento de *coping* interativo, tal como se pretende esclarecer de seguida.

#### 4.5 O turismo acessível como instrumento de *stress-coping* para as populações com incapacidade

Apesar de se ter verificado a existência de alguma literatura que elenca os conceitos de lazer e *coping* no âmbito da população com incapacidade, é importante enfatizar que nenhuma investigação se focou especificamente no turismo. Investigações realizadas noutros campos sugerem que existem diferenças significativas na forma como as pessoas com incapacidade lidam

com ou gerem as ocorrências de stress relativamente aos seus pares sem incapacidade, pelo menos em parte, devido às variações de adaptação psicológica à sua situação (de incapacidade) (Blalock et al., 1995). Outros estudos indicam que as atividades realizadas durante o tempo de não trabalho ou as atividades de lazer promovem interação social, através da qual as pessoas podem desenvolver novas e mais alargadas redes sociais e de amizades mais próximas e íntimas, sustentando a perceção dos indivíduos de que terão suporte ou apoio caso surjam problemas (Wijndaele et al., 2007).

O lazer é, pois, um conceito lato e complexo, sendo bastante difícil de definir com exatidão, sendo o aspeto central de qualquer definição de lazer a noção de liberdade (Smith, 1987). A palavra lazer deriva do latim *licere* que significa “ser livre”, sendo que a partir desta se formou a palavra francesa *loisir* definindo “o tempo livre”. Os gregos utilizavam a palavra *scole* para definir lazer, demonstrando a relação intrínseca entre o lazer e o desenvolvimento intelectual, físico e espiritual. Atualmente, o conceito de lazer é entendido em associação ao tempo livre, no âmbito do desenvolvimento de uma atividade, de um estado de espírito ou até de um símbolo social, enfatizando-se, cada vez mais, a perceção de liberdade do indivíduo, bem como o seu papel na promoção do conhecimento, da educação, da saúde e do bem-estar. Ao longo deste trabalho assumiu-se que o turismo se inclui no lazer, definindo o que fazemos no tempo livre e atividades recreativas em que participamos (Mannell & Kleiber, 1997) fora do local de residência habitual por um período superior a vinte e quatro horas.

Neste contexto, será razoável questionar se o turismo, sendo uma atividade desenvolvida no âmbito do tempo de lazer com características especiais (já que promove *a priori* a deslocação dos indivíduos para outros territórios ou meios envolventes), poderá considerar-se um instrumento de stress-coping para um grupo social com características distintivas e bastante específicas, como a população com incapacidade. Corroborando esta perspectiva, Ramos (2005) interroga se não será altura de se considerar o turismo num novo contexto, aglutinador das dimensões social e de saúde, em que as atividades ligadas ao lazer e relaxamento, terão de se unir, cada vez mais, a atividades de prevenção da saúde, ou mesmo ao tratamento de determinadas patologias ou à reabilitação de alguma condição de incapacidade.

O turismo acessível ou o turismo para todos, onde poderemos incluir, sem obstáculos ou objeções, os indivíduos com incapacidade motora e sensorial, objeto da presente investigação, é, então, uma atividade realizada nos tempos de lazer que repercute efeitos muito positivos nos seus participantes, frisando-se uma intensidade superior naqueles com incapacidade (Shaw & Coles, 2004). Desta maneira, é legítimo declarar que o turismo poderá servir de gatilho para desencadear emoções positivas nos sujeitos com incapacidade por forma a contribuir para a resolução dos seus problemas de stress, ou seja, poderá funcionar como um recurso de stress-coping.

Um recurso de stress-coping deverá ser capaz de munir os indivíduos de aptidões cognitivas e comportamentais para gerir situações stressantes ou as confusões emocionais que daí possam advir (Blalock et al., 1995). Simples atividades de lazer, do dia a dia, podem ajudar as pessoas a

aceitar tratamentos de reabilitação, oferecendo oportunidades de distração e alteração de foco na doença e/ ou incapacidade (Kleiber et al., 2008). Outras atividades de lazer, programadas e eventualmente mais intensas, sobretudo no âmbito do turismo, podem conectar os indivíduos ao seu passado, gerar sentimentos de otimismo e de esperança no futuro, que simultaneamente, apoiam os indivíduos na gestão das circunstâncias presentes, isto é, no *coping* (Kleiber et al., 2008). O turismo poderá ser uma solução para a população com incapacidade na medida em que proporciona benefícios sociais, físicos e psíquicos aos sujeitos que, por sua vez, contribuirão claramente para a sua reabilitação, participação e inclusão na sociedade (Kastenholz, Eusébio, et al., 2010).

Desta maneira, compreende-se a importância do turismo no âmbito do stress-coping para todos os grupos da sociedade e, particularmente para indivíduos com incapacidade, sem exceções, sendo responsabilidade da comunidade científica, considerar esta diversidade nas suas investigações. Minorias ou franjas da sociedade definidas como a etnicidade, a incapacidade, a orientação sexual, entre outras, desempenham um papel bastante importante nesta área de estudo (Iwasaki, 2006), daí que se tenha decidido estudar a população com incapacidade como público-alvo do presente estudo. Por outro lado, a literatura é ainda limitada na análise das dimensões do lazer que mais influenciam os mecanismos de *coping* dos indivíduos com incapacidade (Loy et al., 2003), sendo ainda mais escassas ou mesmo inexistente na perspetiva de análise no âmbito do turismo.

Iwasaki (2006) verificou que o lazer apresenta características inequívocas para a promoção e desenvolvimento dos indivíduos, propiciando a ajuda necessária ao controlo eficaz do stress, particularmente entre grupos sociais mais desfavorecidos. Ao longo do seu estudo, comprovou-se que as pessoas inseridas em classes sociais mais baixas teriam maior probabilidade de retirar maiores benefícios das atividades de lazer, contribuindo essas atividades para a manutenção da sua saúde e bem-estar, em ocasiões em que os níveis de stress têm tendência para aumentar. Mannell & Kleiber (1997) sugeriram ainda que a recreação poderia ser crítica para os indivíduos com incapacidade, na medida em que seria uma forma de ultrapassar limitações funcionais. Ora, conclui-se, que as atividades de lazer, e especificamente aquelas no contexto do turismo, resultam em benefícios físicos e psicológicos, especialmente para populações desfavorecidas, como é o caso da população com incapacidade.

De facto e tal como já ficou esclarecido ao longo do Capítulo II, a incapacidade está comumente associada à vulnerabilidade social e ao empobrecimento (Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, 2007), enfrentando graves problemas associados à discriminação de minorias a todos os níveis: cultural, político, económico e social. As pessoas com incapacidade costumam estar numerosamente representadas nas classes de menores recursos, em particular nos trabalhadores menos qualificados. Esta relação é particularmente relevante no que diz respeito às condições económicas: quando comparadas com os seus pares sem incapacidade, já que se verifica que estes indivíduos vivem de forma clara e acentuada numa condição de privação (rendimentos mais baixos, menores posses materiais, maiores dívidas, entre outros). Assim, vai persistindo a imagem

desvalorizada e desvalorizante da população com diferentes tipos de incapacidade e graus de limitações (Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, 2006).

Ao mesmo tempo, outros autores confirmam a teoria de Iwasaki (2006), defendendo que a participação em atividades de lazer recreativas oferece um conjunto de benefícios aos indivíduos, contribuindo para o seu bem-estar físico, conferindo vitalidade e, consequentemente, favorecendo o desenvolvimento de inter-relacionamentos sociais, crescimento pessoal e sustento da autoconfiança e autoconceito (Goodwin et al., 2009; Hood & Carruthers, 2007; Lobożewicz, 1995; Loeffler, 2004; Przeclawski, 1995). É ainda importante sublinhar que estes benefícios não se resumem ao momento de realização das atividades, afirmando-se, posteriormente, num aumento do bem-estar geral e da qualidade de vida percebida dos indivíduos (Goodwin et al., 2009; Hood & Carruthers, 2007). Estes benefícios serão ainda mais importantes para pessoas com incapacidade, geralmente mais condicionadas nas suas oportunidades de desenvolver este conjunto de capacidades (Yau et al., 2004) e ainda, sentidos com maior intensidade no âmbito do turismo como comprovam Shaw & Coles (2004) e Smith & Hughes (1999), através dos seus estudos.

Neste contexto, a relevância do turismo exprime-se através do sentimento de liberdade percebida inerente ao lazer, mas representa uma oportunidade única de escolha de um vasto conjunto de opções recreacionais. No caso específico dos sujeitos com incapacidade, poderá revelar o sentimento de controlo da sua própria reabilitação e recobro (Loy et al., 2003) ou até induzir capacidades de autoproteção, autocontrolo e autotransformação da personalidade (Kleiber et al., 2002).

As fontes de stress e desafios que enfrentamos durante a nossa vida, bem como os recursos e estratégias de *coping* que utilizamos são, assim, fatores chave na determinação da nossa qualidade de vida. Neste sentido, o *coping* é fulcral para a continuidade dos indivíduos, desempenhando funções centrais no controlo do stress e na promoção de esforços na manutenção de recursos para lidar com situações inesperadas no futuro (Hutchinson et al., 2003; Kleiber et al., 2002; Loy et al., 2003).

Controlar o stress nas sociedades modernas é praticamente inevitável e, simultaneamente, capital para a sobrevivência do ser humano, sendo que o stress-coping poderá representar um dos caminhos a percorrer para alcançar um estilo de vida saudável e de sucesso. Deste modo, sabendo que o turismo se assume como gerador de emoções positivas e de interação social (Coleman & Isoahola, 1993; IsoAhola & Park, 1996; Iwasaki & Smale, 1998), poderemos sugerir que o turismo, tal como o lazer, poderá ter latente a fórmula para gerir e lidar com o stress de forma efetiva (Iwasaki & Schneider, 2003).

Por outro lado, crê-se que o turismo responde às três funções de *coping* defendidas por Lazarus & Folkman (1984) e Folkman & Moskowitz (2004): *coping* centrado no problema, *coping* centrado na emoção, e *coping* centrado na interação social, já que melhora a relação da pessoa com o meio, modificando pressões ambientais, removendo ou abrandando a fonte stressante, ou seja,

administrando ou alterando o problema, ou já que podem substituir ou regular o impacto emocional do stress, através da construção de processos defensivos (Chaves, Cade, Montovani, OLeite, & Spire, 2000). Ainda de acordo com os mesmos autores, as estratégias de *coping* poderão ser dirigidas para o ambiente, quando o indivíduo procura soluções alternativas de ação para resolver o problema, ou dirigidas ao *self*, quando o sujeito tenta a modificação de estados motivacionais cognitivos, assinaladamente a diminuição do envolvimento ou o desenvolvimento de novas habilidades e comportamentos.

O turismo é tão relevante no *coping* focalizado na emoção, no problema ou na interação social (Iwasaki, 2001; Kleiber et al., 2002), podendo resultar em efeitos positivos tanto como em estratégias dirigidas para o ambiente como dirigidas ao *self*, daí que se possa entender como uma estratégia de *coping* interativa, já que assenta sobre contributos fundamentais como a criação de um espaço de lazer psicológico, construído a partir da socialização, suporte social e reconeção espiritual ou holística, ou como o desenvolvimento de um *coping* paliativo através do rejuvenescimento, ou ainda como um equilíbrio, sustentado pela alteração de foco e afirmação positiva (Iwasaki et al., 2005; Mactavish & Iwasaki, 2005).

Outros investigadores como Hutchinson, et al., (2003) chegaram à conclusão que os seus participantes utilizavam as atividades de lazer como uma ferramenta de apoio à gestão dos desafios diários com que se deparavam. Comprovaram, então, que o lazer, independentemente da sua forma, servia para que as pessoas se sentissem bem consigo próprias, ou seja, com as suas capacidades e competências, exercendo, assim, as funções fundamentais do *coping*: amortecer situações indutoras de stress e motivar esforços de suporte e manutenção de *coping*.

Especificamente, em tempo de lazer, o turismo proporciona experiências intensas e significativas que vão desde a melhoria do bom humor até ao relaxamento, da diversão intensa até ao investimento em desenvolvimento ativo de capacidades (físicas, cognitivas e emocionais), as possibilidades são imensas. Daí que se acredite existir uma relação clara entre turismo, incapacidade e stress-coping, podendo o turismo assumir-se como um elemento atenuador do stress, especialmente para os indivíduos com incapacidade, afirmando-se como um desejado e poderoso instrumento de *empowerment* das populações com incapacidade (Iwasaki, Y., MacTavish, J., & MacKay, K., 2005; Mactavish & Iwasaki, 2005).

No modelo de lazer como instrumento de stress-coping, defendido por Iwasaki, Y., MacTavish, J., & MacKay, K. (2005), o lazer contribui para a criação de um espaço de lazer psicológico, para o desenvolvimento de um *coping* paliativo e ainda para a perceção de equilíbrio dos indivíduos com incapacidade. Segundo o modelo de stress-coping baseado no *empowerment*, sugerido por Mactavish & Iwasaki (2005), as fontes de stress poderão ser atenuadas através da socialização ou do desenvolvimento de um suporte social, da reconexão espiritual dos indivíduos, da sensação de rejuvenescimento, da alteração de foco em problemas ou circunstâncias stressantes, e ainda, da afirmação positiva ou do desencadear de sentimentos positivos.

Desta maneira e no seguimento da adaptação destes dois modelos de análise para a área do turismo, categorizou-se a criação de um espaço de lazer, quando os indivíduos entendem o lazer (em contexto turístico) como um oásis pessoal, social, cultural e espiritual; o *coping* paliativo através do lazer, quando o turismo se assume como uma forma de pausa, diversão e renovação; e o lazer como equilíbrio, quando os indivíduos percecionam as actividades turísticas como uma forma de harmonia, cura holística e boa disposição.

Ora, o turismo permite-nos unir os dois modelos propostos na literatura, na medida em que se trata de uma atividade recreativa de lazer, passível de se assumir como uma estratégia de stress-*coping*, já que proporciona uma panóplia de benefícios amplamente comprovados por variadas investigações (Goodwin et al., 2009; Hood & Carruthers, 2007; Kleiber et al., 2002; Lobożewicz, 1995; Loeffler, 2004; Przeclawski, 1995; Yau et al., 2004).

Assim, o turismo favorecerá o indivíduo com incapacidade através da criação de um espaço de lazer psicológico, ou seja, de bem-estar psíquico e emocional, construído a partir da socialização ou do suporte social que lhe é transmitido através da participação em actividades turísticas, ou ainda, a partir da reconexão espiritual ou holística que essas actividades proporcionam. Ao mesmo tempo que apoiará o *coping* paliativo por meio de sentimentos e sensações de rejuvenescimento oferecidas por experiências turísticas intensas. Não esquecendo, a percepção de equilíbrio e harmonia, que poderá ser sustentada por actividades turísticas recreativas, conduzindo à alteração de foco (de pensamento por exemplo) e pela afirmação positiva dos sujeitos (Iwasaki et al., 2005; Mactavish & Iwasaki, 2005). Em suma, o turismo poderá, efetivamente, tornar-se a estratégia de *coping* ideal para a gestão e controlo do stress, facilitando e promovendo o *empowerment* da pessoa com incapacidade, utilizando-se os dois modelos apresentados, o Modelo de Lazer como instrumento de Stress-Coping e o Modelo de Stress-Coping baseado no *Empowerment*, para alicerçar a análise qualitativa do contributo empírico da presente tese, tal como se apresentará mais adiante e pormenorizadamente no Capítulo VI – Metodologia.

#### 4.6 Síntese conclusiva

A investigação é ainda limitada na demonstração da reabilitação dos indivíduos com incapacidade através de actividades ou experiências de lazer recreativas (Vanner et al., 2008), tais como o turismo, que possam influenciar positivamente situações de stress, contribuindo para a sua gestão e controlo, e impulsionar a qualidade de vida da população com incapacidade. Neste sentido, tornou-se pertinente compreender que relações existem entre stress, *coping* e turismo acessível, tal como se explicou no ponto 4.1. A partir daí, verificou-se que, cada vez mais, o setor do turismo e a área da saúde se encontram interligados. Vários estudos revelam que o paladar, os cheiros ou os sons têm um papel central nas experiências turísticas, evocando momentos, locais e sentimentos (Richards et al., 2010).

Por outro lado, fala-se de turismo acessível na medida em que se constatou, ao longo do ponto 4.2, que as circunstâncias indutoras de stress no sujeito com incapacidade são potencialmente distintas dos restantes membros da sociedade, sendo de notar que o mesmo poderá não ser verdade para as estratégias de *coping* a aplicar na gestão e controlo do stress, tal como se esclareceu no ponto 4.3. Por conseguinte, no âmbito das estratégias de *coping* utilizadas pela população com incapacidade, abre-se, igualmente, caminho para o turismo acessível, já que a aquisição de sentimentos de perseverança, autoconfiança, ânimo e entusiasmo, isto é, de *empowerment*, se comprovou ser um importante resultado das atividades de lazer ativas, com subsequentes implicações no controlo e domínio do stress (Iwasaki et al., 2006).

Assim, conclui-se que o lazer se trata de uma estratégia de *coping* efetiva para a população com incapacidade, tendo-se demonstrado este facto ao longo do ponto 4.4., sendo que o turismo acessível, como configuração singular de lazer, se poderá assumir como recurso de stress-*coping* para esta franja populacional (ponto 4.5).

Por fim, considerando que, de acordo com as atuais tendências, o turismo acessível poderá ser um fator de diferenciação, de competitividade e de sustentabilidade dos destinos turísticos, por meio da sua dimensão social cada vez mais importante e valorizada nas sociedades modernas (Moura & Kastenholz, 2010) e ainda que, o turismo poderá ter um efeito amortecedor ou atenuante do stress, devido às suas características particulares. Ou seja, considerando o turismo acessível como uma estratégia de desenvolvimento para os destinos turísticos será possível, tal como refere Ramos (2007), a integração de conceitos, estruturas, territórios e entidades, imprimindo qualidade aos produtos turísticos através da complementaridade entre objetivos, estratégias e setores público e privado, cuja gestão adequada e adaptada conduzirá à diferenciação de espaços e segmentos, redundando, por sua vez, em destinos turísticos sustentáveis e competitivos.

Contribuindo para a eficácia desta interação, dar-se-á a este nível um contributo empírico, através de dois estudos, um qualitativo e outro quantitativo, para melhor estudar e compreender como o turismo acessível poderá atuar nas dimensões do *stress-coping*, tendo em conta a população com incapacidade e, assim, aferir a sua influência no desenvolvimento dos destinos turísticos.

De seguida, tentar-se-á ainda analisar aprofundadamente este relacionamento através de uma revisão organizada e metódica de literatura, especificamente, de estudos que integrem as variáveis em estudo. Desta forma, apresenta-se no capítulo seguinte, Capítulo V, a revisão de estudos que integram as variáveis: stress, *coping*, lazer, turismo e incapacidade.

## CAPÍTULO V – REVISÃO DE ESTUDOS QUE INTEGRAM AS VARIÁVEIS: STRESS, *COPING*, LAZER, TURISMO E INCAPACIDADE

---



## Capítulo V – Revisão de Estudos que integram as variáveis: stress, *coping*, lazer, turismo e incapacidade

A compreensão da relação existente entre as variáveis em estudo vislumbra-se de suma importância para a prossecução dos objetivos de qualquer investigação. Deste modo, pensou-se pertinente identificar e sistematizar os estudos que versassem sobre a temática desta investigação. Desde logo, se percebeu que o stress-*coping* é uma área de conhecimento em evolução, com interligação e aplicabilidade em diversas áreas científicas. Assim, após uma pesquisa aprofundada e considerando os objetivos da presente investigação, percebeu-se que o stress-*coping* se interliga com o lazer, o turismo, e se aplica à população com incapacidade. Contudo, salienta-se também que mesmo no âmbito lazer, não se encontrou qualquer evidência empírica específica sobre a potencial ligação entre stress-*coping* e o turismo acessível, tal como se propôs no capítulo anterior e, que é o principal enfoque deste trabalho.

Neste contexto, foi possível sistematizar os estudos que cruzam stress, *coping* e lazer, aqueles que cruzam stress, *coping* e incapacidade, os que integram stress, *coping*, lazer e incapacidade, e, por fim, os que cruzam stress, *coping* e turismo, tal como se mostrará ao longo deste capítulo. A organização da informação recolhida foi estruturada de acordo com os parâmetros: autores, data, título, metodologia, objetivos e resultados principais. Os estudos apresentados são, portanto, a base empírica de suporte à tomada de decisão no que concerne à metodologia do trabalho empírico desenvolvido na presente tese.

### 5.1 Estudos que cruzam stress, *coping* e lazer

Realizou-se um levantamento exaustivo dos estudos que cruzam stress, *coping* e lazer, (ver Tabela 12), percebendo-se que existe uma relação inequívoca entre estes conceitos. Os indivíduos estão permanentemente expostos a situações de stress que destabilizam os seus recursos internos e biopsicossociais. Assim, nestas ocasiões de stress os indivíduos são obrigados a recorrer a ações de *coping* com o intuito de retomarem o seu equilíbrio inicial. As ações, os meios ou as estratégias de *coping* desenvolvidas pelos indivíduos poderão passar pelo lazer, logo, poderá estabelecer-se um padrão explicativo do stress-*coping* através do lazer, tal como diversos autores concluíram no âmbito dos seus estudos acerca da presente temática (Bunting et al., 2000; Heintzman & Mannell, 2003; Hull & Michael, 1995; Hull, Michael, Walker, & Roggenbuck, 1996; IsoAhola & Park, 1996; Iwasaki, 2003, 2006, 2007; Iwasaki et al., 2006; Iwasaki et al., 2005; Iwasaki & Mannell, 2000; Iwasaki & Schneider, 2003; Iwasaki, Zuzanek, & Mannell, 2001; Juniper, 2005; Kimball & Freysinger, 2003; Kleiber et al., 2002; Schneider &

Iwasaki, 2003; R. Schuster & Hammitt, 2000; R. M. Schuster, Hammitt, & Moore, 2003; Wijndaele et al., 2007; Zuzanek et al., 1998)

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Hull, R. B., & Michael, S. E.	1995	<i>Nature-Based Recreation, mood change, and stress restoration</i>	<b>Quantitativa: inquérito por questionário</b>  Os indivíduos foram inquiridos acerca do seu humor antes do início das atividades, no seu decorrer e no final da experiência de lazer.	Os autores pretendiam medir a influência do lazer no humor dos participantes em atividades recreativas em contextos <i>indoor</i> (nas suas casas) e <i>outdoor</i> (em parques urbanos ou entornos naturais).	Ao contrário das expetativas dos próprios autores, as atividades recreativas <i>outdoor</i> ou num âmbito natural não tiveram um efeito mais relevante na alteração do humor, comparativamente com as atividades de lazer <i>indoor</i> . Contudo, constatou-se que <b>o humor era, de facto, influenciado pelo lazer</b> , de forma ligeira, mas significativa, concluindo-se que quanto mais tempo os indivíduos estivessem envolvidos na experiência de lazer, menos stressados ficavam. Estes resultados mostraram-se consistentes com a questão de investigação inicial, indicando que <b>o lazer reduz, efetivamente, o stress</b> .
Hull, R. B., Michael, S. E., Walker, G. J., & Roggenbuck, J. W.	1996	<i>Ebb and flow of brief leisure experiences</i>	<b>Quantitativa: inquérito por questionário</b>  A inquirição aos indivíduos ocorreu uma vez no início da atividade de lazer, duas vezes durante o decorrer da atividade e uma vez no final.	O estudo incidiu sobre a comparação de 4 situações de lazer distintas: (i) caminhada num trilho rural com uma paisagem típica da Toscana; (ii) caminhada num ambiente construído, como o centro de uma cidade; (iii) descansar dentro de casa com uma vista rural panorâmica; (iv) descansar dentro de um pequeno, mas confortável, quarto, sem qualquer vista; com o objetivo de perceber qual o tipo de atividade de lazer, passiva ou ativa, contribuiria de forma mais significativa para a atenuação do stress.	Os resultados permitiram determinar <b>8 dimensões das experiências lazer</b> : ansiedade, prostração, excitação, calma, amor, concentração, liberdade e autoestima. Contudo, não foi possível alcançar o objetivo proposto, verificando-se que as atividades de lazer ativas e passivas, não são necessariamente opostas, no que diz respeito à atenuação do stress. No entanto, os resultados são claros quanto ao facto de <b>o lazer ser determinante para o bem-estar</b> , já que, em geral, a participação em qualquer uma das 4 situações de lazer contribuiu para o aumento de sentimentos positivos (autoestima, calma e liberdade percebida), e para a diminuição de sentimentos negativos (ansiedade e apatia).

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Titulo	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
IsoAhola, S. E., & Park, C. J.	1996	<i>Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship</i>	<b>Quantitativa: inquérito por questionário</b>  Foram inquiridos 252 praticantes de Taekwondo com idades compreendidas entre 18 e 65 anos, assumindo que esta arte marcial era considerada uma atividade de lazer para os seus participantes.	A investigação de IsoAhola & Park (1996) tinha o intuito de verificar se os benefícios do lazer afetavam a atenuação do stress na vida dos indivíduos. Concretamente, se o apoio social (companheirismo e amizade) e a autodeterminação (liberdade e motivação percebidas) gerados pelas atividades de lazer poderiam atuar como forma de mitigação do stress (problemas do foro da saúde mental e física).	Os autores apuraram que <b>o stress se relaciona positivamente com doenças físicas e mentais</b> e negativamente com a perceção de saúde, concluindo ainda que a dimensão companheirismo do lazer moderava efeitos de stress do foro mental, tais como a depressão, e que a dimensão amizade do lazer cumpria o mesmo efeito para doenças de cariz físico. Por fim, os resultados não demonstraram qualquer efeito moderador no âmbito da dimensão autodeterminação, sugerindo que o <b>suporte social resultante das atividades de lazer é um benefício que potencia o controlo do stress e, consequentemente, a saúde física e mental dos indivíduos.</b>
Zuzanek, J., Robinson, J. P., & Iwasaki, Y.	1998	<i>The relationships between stress, health, and physically active leisure as a function of life-cycle</i>	<b>Quantitativa: análise documental</b>  Utilização dos inquéritos da US National Health Interview (NHIS) de 1985 e 1990, na recolha e tratamento de dados.	Este trabalho tinha como objetivo analisar a relação entre stress, saúde e participação ativa em atividades físicas de lazer, especificamente, (i) os efeitos da evolução do ciclo de vida dos sujeitos (controlada por género) sobre o stress percebido e perceção de saúde, (ii) o papel do lazer fisicamente ativo na melhoria da saúde global e na atenuação dos efeitos negativos do stress, (iii) o impacte dos fatores socioeconómicos (educação e rendimento) no ciclo de vida dos indivíduos, no stress, na saúde e na atividade física em contexto de lazer.	As análises realizadas permitiram constatar que <b>o stress não é distribuído de forma igualitária ao longo do ciclo de vida dos indivíduos</b> , verificando-se que a participação em atividades fisicamente ativas no âmbito do lazer produz efeitos redutores de stress significativos, particularmente, entre idosos (reformados). Outra conclusão interessante aferida por estes autores prende-se com os benefícios do lazer fisicamente ativo, constatando-se que estes efeitos positivos são mais evidentes nas repercussões diretas na saúde global dos sujeitos do que na gestão ou controlo do stress.

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
<b>Iwasaki, Y., &amp; Mannell, R. C.</b>	2000	<i>Hierarchical dimensions of leisure stress coping</i>	<b>Quantitativa: inquérito por questionário</b>  Aplicação de duas escalas criadas para a verificação da validade do modelo conceptual sugerido a uma população de 247 estudantes do primeiro ano de duas Universidades Canadianas.	Iwasaki & Mannell (2000) pretendem propor uma nova concetualização de stress-coping através do lazer, identificando diferentes dimensões do lazer que contribuam para a capacitação dos indivíduos para a gestão do stress.	Depois de uma revisão de literatura integrativa entre as pesquisas realizadas no âmbito do lazer e as investigações sociais e psicológicas acerca do stress-coping, os autores apuraram um <b>novo modelo conceptual</b> que relaciona as várias maneiras de <b>como o lazer pode ajudar as pessoas a lidar com o stress de uma forma sistemática</b> . Deste modo, construíram e aplicaram <b>duas novas escalas (Escala de Crenças de Coping através do Lazer e a Escala de Estratégias de Coping através do Lazer)</b> para medir as dimensões do lazer que permitem o stress-coping. As escalas foram testadas, verificando-se a sua consistência interna, fiabilidade e validade, concluindo-se que o modelo sugerido é legítimo, mas que necessitaria ainda de consolidação por meio da <b>verificação da sua aplicabilidade noutras populações</b> .
<b>Schuster, R., &amp; Hammitt, W.</b>	2000	<i>Effective coping strategies in stressful outdoor recreation situations: Conflict on the Ocoee River</i>	<b>Quantitativa: inquérito por questionário</b>  Inquiriram-se 252 velejadores (predominantemente Kayakers) do Rio Ocoee em Tennessee, apurando-se 185 respostas válidas no total.	O objetivo deste artigo foi realizar um estudo piloto ou exploratório através da aplicação das escalas de Compromisso e Apoio Social criadas por Cohen et al. (1985), para a criação de um modelo de stress-coping. Especificamente, pretendia-se identificar as situações de conflito que causam stress, bem como as avaliações e estratégias de controlo e gestão do stress que as pessoas desenvolvem para lhes dar resposta.	Os resultados demonstraram que 72% dos inquiridos já haviam experienciado situações de conflito causadoras de stress. A maioria considerou-as de intensidade moderada, utilizando o <b>distanciamento psicológico</b> como forma de avaliação da ocorrência em ponderação com os seus recursos internos, e o <b>autocontrolo</b> como <b>estratégia de gestão do stress</b> . Os autores verificaram que a satisfação com a experiência de lazer não era afetada de forma adversa, concluindo que as ações de coping relatadas funcionavam de forma efetiva.

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Bunting, C. J., Tolson, H., Kuhn, C., Suarez, E., & Williams, R. B.	2000	<i>Physiological stress response of the neuroendocrine system during outdoor adventure tasks</i>	<b>Quantitativa: ensaio clínico</b>  Recrutaram-se 15 adultos para participarem num programa de aventura ao ar livre durante 9 dias, colhendo-se amostras de urina de cada um, antes e após a participação em atividades aventura/ ar livre.	A presente investigação ambicionou compreender o funcionamento da adrenalina, noradrenalina e cortisol, avaliando a influência do condicionamento aeróbico sobre estas respostas no decorrer de várias atividades de lazer, de aventura e ao ar livre, designadamente, escalada (iniciação e avançada), canoagem em águas bravas (iniciação e avançada), curso de cordas, caminhadas de mochila “às costas”, e passeios de carrinha.	Partindo do pressuposto que as atividades de aventura ao ar livre provocam stress aos seus participantes, quer no quadrante físico, quer no quadrante psicossocial, constatou-se que, efetivamente, este tipo de atividades de nível avançado, ou seja, com um maior nível de exigência física e risco associado, deriva em maiores respostas neuro endócrinas. Assim, verificou-se que <b>quando o grau de stress aumenta, os sujeitos respondem a esse aumento</b> , não só com <b>respostas psicossociais</b> , mas também com <b>respostas físicas</b> .
Iwasaki, Y., Zuzanek, J., & Mannell, R. C.	2001	<i>The effects of physically active leisure on stress-health relationships</i>	<b>Quantitativa: análise documental</b>  Utilização dos dados recolhidos no âmbito da Pesquisa Nacional de Saúde do Canadá (N=17626) em 1994, sendo importante referir que a análise usada baseou-se na modelação de equações estruturais.	O intuito deste trabalho foi perceber os efeitos do lazer fisicamente ativo nas relações entre stress e saúde.	De uma forma geral, percebeu-se que as <b>atividades físicas</b> (ativas) de <b>lazer contribuem diretamente</b> , e em elevados níveis, para o <b>aumento da saúde física e do bem-estar</b> dos Canadianos. Aferiu-se também que o mesmo acontece para a saúde mental, mas de maneira menos direta e com menores níveis de contribuição. Os resultados revelam ainda que quanto maior é o nível de stress a que o indivíduo está sujeito (stress crónico ou evento de vida stressante, por exemplo, stress no trabalho), o envolvimento no lazer fisicamente ativo parece ter um papel preponderante na manutenção da saúde e bem-estar. Por último, os autores sugerem que a participação regular em atividades de <b>lazer fisicamente ativas</b> favorece um estilo de vida mais saudável e poderá ser um <b>valioso recurso de stress-coping</b> .

Tabela 12 - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, *coping* e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Kleiber, D. A., Hutchinson, S. L., & Williams, R.	2002	<i>Leisure as a resource in transcending negative life events: Self-protection, self-restoration, and personal transformation</i>	<b>Revisão de Literatura</b>  Revisão conceptual da literatura relacionada com o lazer como recurso de stress- <i>coping</i> e análise dos trabalhos mais recentes sobre a dinâmica criada pelos indivíduos aquando da ocorrência de eventos stressantes.	A análise desenvolvida almejava esclarecer a importância do lazer como recurso de <i>coping</i> no âmbito da ocorrência de situações de vida marcantes e negativas, como a perda inesperada de um ente querido, um acidente incapacitante ou um desastre natural.	Os autores concluíram que <b>recuperar de acontecimentos de vida graves e negativos exige uma grande diversidade de recursos pessoais e sociais</b> , tal como já havia sido confirmado em variadas investigações anteriores. Contudo, verificaram também que os resultados dos trabalhos analisados não fazem a distinção entre os recursos de <i>coping</i> através do lazer, utilizados em ocasiões de stress de menor intensidade (do dia-a-dia), e aqueles empregues em <b>situações de stress de grande intensidade</b> (como um divórcio, a morte de alguém próximo ou a <b>aquisição de uma incapacidade</b> ). Assim, Kleiber, Hutchinson & Williams (2002) identificam 4 funções de <i>coping</i> através do lazer, para estas situações, que se relacionam com a autoproteção: (1) distração e (2) otimismo; autorrecuperação: (3) reconstrução da história de vida; e transformação pessoal, (4) por meio da assimilação positiva da ocorrência stressante.

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, *coping* e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Iwasaki, Y.	2003	<i>Examining rival models of leisure coping mechanisms.</i>	<p><b>Quantitativa: inquérito por questionário</b></p> <p>Os questionários aplicaram-se a polícias e trabalhadores de emergência médica (N=132). A partir dos dados recolhidos desenvolveram-se 8 modelos conceptuais, avaliados pela modelação de equações estruturais.</p>	O estudo em questão tinha como meta testar alguns modelos teóricos no sentido de descobrir os mecanismos através dos quais o <i>coping</i> através do lazer influencia o relacionamento entre fontes de stress ( <i>stressores</i> ) e resultados adaptativos (tais como redução do stress e saúde física e mental). Globalmente, pretendia-se analisar o papel do lazer na forma de lidar com o stress e na promoção da boa saúde.	A análise dos dados recolhidos sugeriu que <b>as fontes de stress parecem influenciar de forma independente os resultados adaptativos dos sujeitos</b> , e o lazer destacou-se como forma de influência positiva desses resultados, promovendo a sua saúde. Os resultados sugerem também que <b>o desenvolvimento de crenças acerca do lazer como forma de controlo do stress parece ser essencial para a utilização real e efetiva das atividades de lazer</b> nesse controlo e gestão.



**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Iwasaki, Y., & Schneider, I. E.	2003	<i>Leisure, stress, and coping: An evolving area of inquiry.</i>	<p><b>Revisão de Literatura</b></p> <p>Revisão da literatura acerca do relacionamento entre lazer, stress e coping, aprofundando-se a pesquisa no âmbito de trabalhos sobre facilitadores e inibidores de participação no lazer e a sua influência no desenrolar do ciclo de vida dos indivíduos e na variedade de estilos de vida, considerando as especificidades de cada um ou a diversidade de populações.</p>	<p>Sabendo do potencial comprovado dos benefícios proporcionados pelo lazer como forma de lidar com o stress é importante criar uma linguagem comum que sirva de plataforma conciliadora entre a comunidade científica e académica. Assim, os autores pretendiam elencar oportunidades investigativas e reforçar a comunicação e compreensão da temática em estudo, facilitando possíveis colaborações.</p>	<p>Considerando que o stress e o coping são fundamentais e omnipresentes na vida de qualquer pessoa, e que o lazer tem um papel preponderante a esse nível, tal como tem vindo a ser confirmado por vários estudos, torna-se, igualmente pertinente, <b>compreender como interagem e funcionam os três conceitos de forma integrada</b>. Deste modo, Iwasaki &amp; Schneider (2003), por meio de uma intensa revisão bibliográfica, criticam a caracterização de lazer, stress e coping de forma isolada, concluindo que as <b>linhas de investigação futura</b> devem gravitar sobre 3 questões essenciais: (1) identificar melhor as relações entre lazer, stress e coping, (2) introduzir novas abordagens teóricas e metodológicas na sua pesquisa, e (3) incentivar o aumento da investigação e colaboração relacionada com esta temática.</p>

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Heintzman, P., & Mannell, R. C.	2003	<i>Spiritual functions of leisure and spiritual well-being: Coping with time pressure.</i>	<p><b>Quantitativa: inquérito por questionário</b></p> <p>Foram inquiridas 248 pessoas que faziam parte da amostra de um outro estudo de maior dimensão desenvolvido pelos mesmos autores. Estas pessoas foram inquiridas em comunidades Budistas, Cristãs, Muçulmanas, Judaicas, (por exemplo: sinagogas, mesquitas, igrejas) ou em centros de retiro espiritual, congressos e acampamentos espirituais, entre outros.</p> <p>A análise realizou-se utilizando a modelagem de equações estruturais para testar o modelo conceptual proposto.</p>	<p>O presente estudo foi realizado a partir de uma investigação mais ampla que tinha como meta identificar e desenvolver instrumentos de medida para os estilos de lazer, significados espirituais ou funções de lazer, e bem-estar espiritual. A partir deste, os autores decidiram desenvolver um modelo explicativo do relacionamento entre estilos de lazer e bem-estar espiritual, determinando os processos, ou seja, as funções espirituais do lazer, através dos quais o lazer influencia o bem-estar espiritual. Além disso, procurou-se ainda analisar o papel de lazer na atenuação dos efeitos negativos da pressão temporal sobre o bem-estar espiritual.</p>	<p>O modelo desenvolvido pelos autores demonstra os efeitos diretos e indiretos das relações entre os componentes dos estilos de lazer (participação, motivação e tempo), as funções espirituais do lazer (sacralização, evitar a repressão, sentido de pertença) e o bem-estar espiritual (tanto comportamental como percebido). Os resultados indicam que alguns componentes dos estilos de lazer levam a determinados comportamentos e experiências (funções espirituais de lazer) que servem para manter ou melhorar o bem-estar espiritual. O modelo proposto sugere ainda que estas <b>funções espirituais de lazer também podem servir como estratégias de coping</b> para amenizar a influência negativa da pressão do tempo sobre o bem-estar espiritual.</p>

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Kimball, A., & Freysinger, V. J.	2003	<i>Leisure, stress, and coping: The sport participation of collegiate student athletes</i>	<p><b>Revisão de Literatura</b></p> <p><b>e</b></p> <p><b>Quantitativa: análise documental</b></p> <p>Revisão de Literatura baseada no relacionamento entre stress e participação no lazer, complementada pela análise interpretativa secundária dos dados recolhidos por Kimball, 2001</p>	O estudo interpretativo apresentado por Kimball & Freysinger (2003) analisa uma atividade de lazer em particular: o desporto escolar, incidindo sobre o estudo das experiências individuais de stress devido à participação nesta atividade.	A pesquisa bibliográfica realizada indicou que existe uma relação inequívoca entre o stress e a participação no lazer, sendo que muitos autores sugerem que os benefícios do lazer, nomeadamente a autodeterminação e o apoio social, melhoram a saúde individual e bem-estar global dos indivíduos. No entanto, uma série de questões foram, igualmente, levantadas por investigações mais recentes, sobretudo se a relação stress e saúde varia de acordo com o tipo de atividade ou opções de lazer ou até se existe a possibilidade do próprio lazer ser uma fonte de stress. Neste contexto, os resultados apurados pelos autores sublinham esta ambiguidade, já que a participação no desporto escolar é percebida, tanto como uma atenuante do stress, como uma fonte de stress. Por outro lado, verifica-se ainda que a raça e o género são importantes na formação de experiências de stress dos atletas. Enfim, os autores concluem que com os resultados aferidos é possível suportar as teorias de Lazarus (1998), <b>o stress é um fenómeno transacional e dinâmico</b> , e de Iwasaki & Smale (1998) e Kleiber <i>et. al</i> (2002), <b>a investigação levada a cabo neste âmbito deve ter em consideração a contextualização dos indivíduos e o significado atribuído ao stress.</b>

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, *coping* e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
<b>Schneider, I. E., &amp; Iwasaki, Y.</b>	2003	<i>Reflections on leisure, stress, and coping research</i>	<b>Revisão de Literatura</b>  Trabalho publicado no âmbito de uma edição especial na área das Ciências do Lazer, ao longo do qual os autores fazem uma pesquisa bibliográfica sobre artigos e obras que testemunham a maturação e evolução da investigação acerca de lazer, stress e <i>coping</i> .	Com os avanços na compreensão e modelagem dos conceitos de lazer, stress e <i>coping</i> surgem oportunidades de futuras investigações e aplicações práticas. O objetivo deste artigo foi, precisamente, delinear oportunidades e áreas de interesse investigativo para o futuro, tendo como base os trabalhos já desenvolvidos sobre esta temática.	A demonstração do amadurecimento da investigação na área do lazer, stress e <i>coping</i> , é o aparecimento de novos estudos integrativos de múltiplos quadros conceptuais, a introdução de novos constructos nos modelos teóricos e as análises críticas e, cada vez mais, sofisticadas. Esta evolução é notória, daí que os autores estabeleçam <b>3 grandes áreas de interesse para o futuro da investigação em lazer, stress e <i>coping</i>:</b> (i) <b>refinar modelos conceptuais e instrumentos de medida existentes;</b> (ii) <b>identificar e compreender as várias fontes de stress nas diversas populações;</b> e (iii) <b>promover o conhecimento sobre os efeitos do stress e do lazer para a saúde e qualidade de vida de várias populações.</b>

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Schuster, R. M., Hammitt, W. E., & Moore, D.	2003	<i>A theoretical model to measure the appraisal and coping response to hassles in outdoor recreation settings</i>	<p><b>Quantitativa: inquérito por questionário</b></p> <p>Os autores elaboraram um questionário de diagnóstico com 21 itens (“<i>Wilderness-Hassles Checklist</i>”), preenchido previamente pelos inquiridos (N= 282) com o intuito de detetar situações de stress. Depois de detetadas, era fornecido um segundo questionário para medição dos constructos em estudo. Na análise de dados, optou-se pela fatorial confirmatória (AFC) para avaliar os modelos criados para a compreensão do processo de stress-coping em formatos de recreação ao ar livre.</p>	O objetivo deste artigo era estabelecer modelos de compreensão do processo de stress-coping em ocasiões de lazer ao ar livre e avaliar as estruturas fatoriais dos seus constructos.	Os autores chegaram a 3 modelos de medição diferentes: (1) historial de experiências e apoio social, (2) avaliação secundária (da situação de stress), e (3) formas de coping (para lidar com a situação de stress), sendo que foi encontrado um ajuste aceitável para todos. Assim, conseguiu-se a justificação estatística para as questões teóricas previstas, apesar de ser importante sublinhar que houve necessidade de modificar e adaptar cada um dos modelos propostos. Exemplo disso é o constructo “avaliação secundária”, já que as quatro variáveis que o compõem não podem funcionar como uma medida unidimensional. Este artigo documenta, portanto, o desenvolvimento de <b>modelos que devem ser melhorados em investigações futuras e promover o stress-coping no âmbito das teorias de recreação</b> ao ar livre.

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Iwasaki, Y., MacTavish, J., & MacKay, K.	2005	<i>Building on strengths and resilience: leisure as a stress survival strategy</i>	<b>Qualitativa: focus groups</b>  Realizaram-se 15 <i>focus groups</i> segmentados por género (3 <i>focus groups</i> para cada grupo de análise: um só com mulheres, outro apenas com homens e um outro com os dois géneros). Os grupos de análise eram constituídos pelos seguintes participantes: (a) os indígenas com diabetes, (b) pessoas com incapacidade física, (c) idosos com artrite, (d) gays e lésbicas, e (e) gestores profissionais. Por fim, realizou-se a análise de conteúdo adotando a fenomenologia como quadro analítico.	O intuito deste trabalho foi estudar o funcionamento do stress-coping entre populações distintas, reconhecendo a diversidade existente e dando voz ao inédito. Concretamente, pretendia-se descrever e interpretar as experiências e significados associados ao stress e aos processos e mecanismos utilizados no stress-coping, considerando várias e diferentes populações.	Os resultados demonstraram que <b>o lazer tem um papel importante na estratégia de coping paliativo</b> , e que esta incorpora dois elementos de atenuação do stress: o desvio ou “ <i>time out</i> ” de pensamentos negativos e um contexto de renovação ou rejuvenescimento. Verificou-se, igualmente, que o lazer proporciona <b>oportunidades de promoção do equilíbrio global dos indivíduos</b> . Neste âmbito, <b>o lazer possibilita a criação intencional de um espaço de lazer psicológico</b> que se assume como um oásis para a renovação pessoal (física, psicológica e emocional). Comprovou-se, ainda, que estes benefícios advindos da participação no lazer, facilitam a resiliência dos sujeitos e favorecem a sua capacidade em lidar proactivamente com o stress. Os autores concluem que estes <b>resultados são muito relevantes para a orientação e aconselhamento (psicológico ou terapêutico) dos indivíduos</b> .
Juniper, D.	2005	<i>Leisure counselling, coping skills and therapeutic applications</i>	<b>Revisão de Literatura</b>  Realização de uma intensa revisão da literatura acerca do papel do lazer no aconselhamento terapêutico.	O funcionamento eficaz do aconselhamento terapêutico no âmbito do lazer, exige uma metodologia de aplicação rigorosa e sistemática. Desta forma, pretendeu-se identificar uma tríade de técnicas de abordagem para o “conselheiro/terapeuta de lazer”.	O autor concluiu que o lazer funciona como um poderoso agente de fortalecimento das habilidades de coping, mas talvez insuficiente na falta de aconselhamento terapêutico adequado. Portanto, constata-se que o <b>lazer poderá ser uma ferramenta de aconselhamento terapêutico</b> em 3 domínios principais: (i) aliviar fobias, pânico, stress, estados de tensão, e rescaldo de episódios traumáticos; (ii) criar e manter o bom humor; e (iii) conter e limitar a busca destrutiva de hábitos e impulsos (obsessões e compulsões).

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Iwasaki, Y.	2006	<i>Counteracting stress through leisure coping: A prospective health study</i>	<p><b>Quantitativa: inquérito por questionário</b></p> <p>Os participantes no estudo foram inquiridos via telefone, em 3 fases (N=1423; N=1147; N=938). Devido à fraca taxa de respostas válidas conseguidas nas 2 primeiras fases, utilizou-se, para a prossecução do presente estudo, a amostra da última fase: N=938.</p>	Com este estudo, Iwasaki (2006), ambicionava examinar os atenuantes do stress e os efeitos do lazer no coping (reação ao stress), tendo em conta vários eixos da sociedade (género, classe social e idade), que considerou essenciais para caracterizar a diversidade existente em qualquer sociedade.	Esta investigação mostrou que os <b>benefícios do lazer em termos de coping se refletiam na saúde dos indivíduos a longo-prazo</b> , quando os <b>níveis de stress são mais elevados</b> . Simultaneamente, encontram-se evidências empíricas que o lazer desempenha um <b>papel mais intenso</b> na neutralização dos impactes do stress na vida dos sujeitos pertencentes a <b>classes sociais menos elevadas</b> . Contudo, não se constatarem diferenças significativas no que concerne ao género e idade. Em súmula, os resultados sublinham a importância do <b>papel do lazer como meio de lidar e controlar o stress, principalmente no âmbito da melhoria da saúde, particularmente entre grupos marginalizados</b> (como aqueles que se encontram nas classes sociais menos elevadas).
Iwasaki, Y., Mackay, K. J., Mactavish, J. B., Ristock, J., & Bartlett, J.	2006	<i>Voices from the margins: Stress, active living, and leisure as a contributor to coping with stress</i>	<p><b>Qualitativa: focus groups</b></p> <p>Realizaram-se 9 <i>focus groups</i> (segmentados por género, ou seja, 3 <i>focus groups</i> para cada grupo de análise: um só com mulheres, outro apenas com homens e um outro com os dois géneros), designadamente: (1) indígenas com diabetes, (2) pessoas com incapacidade, e (3) pessoas que se identificaram como gays ou lésbicas.</p>	Estabelece-se como meta da presente investigação avaliar a relação entre lazer e stress-coping, considerando o contexto de atividades de lazer fisicamente ativas.	Os resultados enfatizaram que atividades físicas em contexto de lazer não devem ser subestimadas na conceptualização do coping e na sua influência na vida dos indivíduos. As evidências sugerem que os <b>significados atribuídos ao lazer como recurso de stress-coping estão relacionados com a identidade e realidade onde se inserem os indivíduos, variando de acordo com o género, raça ou incapacidade</b> . Os autores destacam ainda que o coping através do lazer abrange diversas dimensões dos recursos biopsicossociais dos sujeitos, sobretudo: espirituais, sociais, culturais, ou de <i>empowerment</i> .

**Tabela 12** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e lazer (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Duquet, W., Philippaerts, M.	2007	<i>Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach</i>	<b>Quantitativa: inquérito por questionário</b>  Inquiriram-se 2616 adultos na Bélgica, com idades entre 18 e 75 anos, por meio de um questionário informatizado (na presença de um membro da equipa científica), sobre saúde mental, atividade física, características demográficas.	Este trabalho tinha dois objetivos fulcrais. O primeiro, era identificar grupos de risco de stress, ansiedade e depressão, considerando o seu relacionamento com o apoio social e o coping através do lazer. O segundo, consistia em investigar se o stress, o apoio social e o coping seriam importantes ou significativos nas vidas da população adulta em geral, e se estes constructos se alterariam consoante os níveis de ansiedade, depressão e atividade física dos indivíduos.	Os resultados apurados permitiram dividir os indivíduos em 3 grupos distintos, um com altos níveis de stress, coping ineficaz e baixo nível de apoio social, outro exatamente oposto, e um último com perfil intermédio. Aferiu-se que sintomas de ansiedade e depressão são mais elevados no primeiro grupo, diminuindo gradualmente para os seguintes e que a participação em atividades físicas no âmbito do lazer é muito pouco significativa, também, nesse primeiro grupo, aumentando para os seguintes. Os autores concluem que <b>a participação em atividades de lazer fisicamente ativas pode ser benéfico para os grupos de risco de stress, ansiedade e depressão.</b>
Iwasaki, Y.	2007	<i>Leisure and quality of life in an international and multicultural context: What are major pathways linking leisure to quality of life?</i>	<b>Revisão de Literatura</b>  O autor integra, sintetiza e critica os conhecimentos da literatura, para abrir oportunidades ou propostas de trabalhos experimentais sobre como o lazer pode contribuir para a Qualidade de Vida (QV), a partir de perspetivas internacionais e inter-culturais.	O intuito desta revisão conceptual foi incitar a avanços científicos na conceptualização do lazer como recurso de QV no contexto internacional e multicultural. Para ilustrar a diversidade das nossas sociedades, os exemplos trabalhados neste documento são três - Ásia, Médio Oriente e contextos indígenas. Em suma, com base na integração bibliográfica, pretende-se identificar e descrever as principais vias que ligam o lazer à QV, numa perspetiva global	Em todos os contextos culturais examinados, <b>o lazer é visto como um espaço de criação de significados que ajuda a promover a QV.</b> Estes, relacionam-se globalmente com: (a) emoções positivas e bem-estar, (b) autoestima, (c) suporte social, conexão cultural e harmonia, (d) aprendizagem e desenvolvimento humano. Contudo, o autor sublinha que não devemos ignorar que as <b>experiências de lazer são social e culturalmente construídas e moldadas pela sociedade.</b> Assim, conclui-se que as desigualdades devem ser reconhecidas, proporcionando oportunidades de lazer culturalmente relevantes e significativas para os grupos populacionais menos favorecidos em todo o mundo.



A necessidade dos indivíduos de reequilibrar as suas vidas após a ocorrência de situações de stress, realça o fenómeno do lazer como recurso de *coping* ideal, ou seja, através da revisão da literatura realizada constatou-se que o pendor recreativo do lazer tem um efeito positivo no controlo ou gestão de situações de stress, sendo bastante utilizado pelos indivíduos no sentido de restaurar a percepção de bem-estar global.

Com a observação da Tabela 12, verifica-se que, ao longo dos tempos, muitas conclusões se têm retirado acerca do relacionamento entre stress, *coping* e lazer, designadamente que o humor é, de facto, influenciado pelo lazer e que, conseqüentemente, o lazer reduz o stress dos indivíduos (Hull & Michael, 1995) e é determinante para o seu bem-estar (Hull et al., 1996). Apura-se que o stress se relaciona positivamente com doenças físicas e mentais e que o suporte social resultante do lazer se trata de um benefício que potencia o controlo do stress e, assim, a saúde física e mental dos indivíduos (IsoAhola & Park, 1996). Contudo, averigua-se também que o stress não é distribuído de forma igualitária ao longo do ciclo de vida dos indivíduos (Zuzanek et al., 1998) e que o lazer desempenha um papel mais intenso na neutralização dos impactes do stress na vida dos sujeitos pertencentes a classes sociais menos elevadas ou entre grupos marginalizados (Iwasaki, 2006).

De forma global, confirma-se que o lazer poderá ser um valioso recurso de stress-*coping*, contribuindo diretamente para o aumento da saúde física e bem-estar dos indivíduos (Iwasaki et al., 2001; Wijndaele et al., 2007), quer através de crenças acerca das atividades de lazer para posterior utilização real e efetiva (Iwasaki, 2003), também denominadas espaço de lazer psicológico por Iwasaki et al. (2005), quer através de estratégias ou respostas psicossociais e físicas de gestão do stress (Bunting et al., 2000), tais como distanciamento psicológico e autocontrolo (R. Schuster & Hammitt, 2000) ou funções espirituais (Heintzman & Mannell, 2003). Deste modo, autores como Iwasaki et al. (2005) e Juniper (2005) concluem que o lazer poderá ser uma ferramenta muito relevante de aconselhamento terapêutico.

Kleiber et al. (2002) sublinham que recuperar de situações de stress de grande intensidade, ou seja, acontecimentos de vida graves e negativos, como a aquisição de uma incapacidade, exige uma grande diversidade de recursos pessoais. Daí que Kimball & Freysinger (2003) acrescentem que o stress é um aspeto transacional e dinâmico, devendo considerar-se a contextualização dos indivíduos e o significado que lhe atribuem. Em concordância com esta ideia surgem os estudos de Iwasaki et al. (2006) e Iwasaki (2007), ressaltando que os resultados atribuídos ao lazer como recurso de stress-*coping* estão intimamente relacionados com a identidade e realidade em que se inserem os indivíduos, já que as experiências de lazer são social e culturalmente construídas e moldadas pela sociedade.

Assim, Iwasaki & Mannell (2000) e R. M. Schuster et al. (2003) sugerem a verificação dos seus modelos de gestão do stress através do lazer no âmbito de outras teorias de recreação e noutras populações, corroborando os estudos de Iwasaki & Schneider (2003) e Schneider & Iwasaki,

(2003), que concluem que o lazer possui, de facto, o potencial de operar como meio efetivo de controlo do stress, sublinhando a urgência em estudar a conjugação das três variáveis em diferentes estratos populacionais. A população com incapacidade, pelas suas características peculiares já tem vindo a ser estudada neste contexto, tal como se apresenta no ponto seguinte.

Por último e no que diz respeito às metodologias utilizadas nos diversos estudos analisados, apura-se que dos vinte e um estudos apresentados, a maioria (14) apresentam uma metodologia quantitativa, principalmente através da aplicação de inquéritos por questionário ou da análise documental de bases de dados, sendo que, para além da revisão de literatura, na metodologia qualitativa, se destaca a utilização da técnica de *focus groups* (2).

## 5.2 Estudos que cruzam stress, coping e incapacidade

Sendo os indivíduos com incapacidade a população em estudo na presente investigação, considerou-se essencial compreender se as variáveis stress e coping atuariam da mesma forma numa população tão singular como demonstrado ao longo do enquadramento teórico. Assim, realizou-se igualmente a inventariação dos trabalhos de investigação que especificam e expandem a dinâmica correlativa entre os conceitos de stress e coping, aplicados a esta população específica: os sujeitos com incapacidade. A Tabela 13, apresenta a inventariação efetuada dos estudos que debatem a temática do stress-coping, considerando amostras populacionais com algum tipo de incapacidade (Ahlström & Sjöden, 1996; Blalock et al., 1995; Desmond, 2007; Ell, 1996; Furlong & Connor, 2007; Hansson & Ahlstrom, 1999; Mactavish & Iwasaki, 2005; Penninx et al., 1997; Puhl & Brownell, 2003).

**Tabela 13** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress e coping, aplicadas à população com incapacidade

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Blalock, S. J., DeVellis, B. M., & Giorgino, K. B.	1995	<i>The Relationship between Coping and Psychological Well-Being among People with Osteoarthritis: a problem-specific approach</i>	<p><b>Quantitativa: inquérito por questionário</b></p> <p>Aplicaram-se 300 questionários a pessoas com osteoartrite (AO) e com mais de 50 anos de idade, em dois momentos distintos. Estes instrumentos serviram para realizar o levantamento das estratégias de coping utilizadas pelos indivíduos em determinada altura da sua vida e passados 6 meses, permitindo a análise multivariada, comparativa e evolutiva dessas estratégias ao longo do espaço de tempo estabelecido.</p>	O objetivo estabelecido para a presente investigação foi examinar as estratégias que as pessoas com OA usam para lidar com os problemas relacionados com a doença em quatro importantes áreas ou esferas das suas vidas: atividades domésticas, atividades de lazer, gestão da dor, e relações sociais.	O estudo revelou quatro importantes descobertas. A primeira é que as <b>estratégias de coping utilizadas</b> pelos inquiridos no primeiro momento, <b>predisseram o seu bem-estar psicológico</b> no segundo momento da investigação. A segunda é que as <b>estratégias de coping usadas, variam consoante o tipo de doença ou incapacidade</b> dos indivíduos, bem como com as áreas ou esferas das suas vidas onde possam existir problemas. Por exemplo, verificou-se que duas das estratégias de coping estudadas, designadamente a autocrítica e a retração social, foram mais utilizadas no âmbito de problemas na esfera das relações sociais do que em qualquer outra área. Em terceiro lugar, encontrou-se que nenhuma das outras estratégias de coping (tais como, resolução de problemas, reestruturação cognitiva, apoio social, expressão emocional, evitar problemas, conexão espiritual, ou busca de informação) foi utilizada de forma diferenciada, em cada uma das áreas. Por fim, descobriu-se que as <b>estratégias de coping têm efeitos positivos no bem-estar global</b> dos indivíduos, mas não se comprovou a sua influência na minimização de efeitos negativos ou depressão.

**Tabela 13** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress e *coping*, aplicadas à população com incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Ahlström, G., & Sjöden, P.	1996	<i>Coping with illness-related problems and quality of life in adult individuals with muscular dystrophy</i>	<p><b>Qualitativa: inquérito por entrevista e</b>  <b>Quantitativa: inquérito por questionário</b></p> <p>A amostra foi constituída por indivíduos recrutados para uma investigação anterior envolvendo aqueles com diagnóstico de distrofia muscular (DM) (N= 107). Os sujeitos do presente estudo foram selecionados, considerando adultos em idade ativa (16-64 anos), excluindo indivíduos com tipo não especificado de DM e atraso ou doença mental (N=60).</p> <p>O método consistiu na realização de duas entrevistas semiestruturadas, acerca dos problemas relacionados com a doença e sobre como lidar com esses problemas. As entrevistas foram realizadas com um intervalo de 3 meses, a cada um dos participantes identificados. Os questionários para a avaliação da qualidade de vida (QV) eram aplicados em momentos diferentes, o primeiro antes do início da segunda entrevista e o segundo durante essa entrevista.</p>	Os autores estabelecem 4 objetivos: (1) descrever as experiências quotidianas stressantes das pessoas com DM; (2) identificar como estas pessoas lidam, em pensamento e na ação, com os problemas relacionados com a sua incapacidade; (3) desenvolver conhecimento acerca da relação entre <i>coping</i> e qualidade de vida; (4) examinar o impacte da incapacidade sobre a relação entre <i>coping</i> e qualidade de vida.	Considerando o primeiro objetivo, apurou-se que a DM, ou seja, <b>a doença ou incapacidade em si, origina pronunciados problemas de stress</b> na vida do dia-a-dia dos sujeitos, designadamente relacionados com a fraqueza muscular e física. Adicionalmente, a sua hereditariedade e progressão, também foram das fontes de stress mais referidas. No que concerne ao segundo objetivo, aferiu-se que as <b>estratégias de coping focadas na emoção foram mais utilizadas</b> pelos entrevistados do que aquelas focadas no problema, o que pode ser explicado pelo facto da doença em causa não ter cura. Tendo em conta o terceiro objetivo, e depois de uma análise de regressão múltipla, verificou-se que a qualidade de vida foi significativamente correlacionada à "aceitação estoica" e à "tentativa de tratamento alternativo." Por sua vez, associou-se a pouca ou fraca qualidade de vida à "falta de esperança", à "preocupação e ansiedade", à "discriminação", à "comparação social", ao "controlo sobre a vida quotidiana", à "execução de tarefas com a ajuda de um aparelho", e ainda à "aceitação de ajuda dos outros". Finalmente, considerando o último objetivo, averiguou-se que quando as medidas de incapacidade são incluídas na análise, o seu impacte explica a <b>associação entre coping e qualidade de vida</b> , aumentando de 16 % para 43%.

**Tabela 13** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress e coping, aplicadas à população com incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Ell, K.	1996	<i>Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection</i>	<p><b>Revisão de Literatura</b></p> <p>Revisão bibliográfica acerca da importância do apoio social, concretamente, da família, como forma de lidar com a doença e incapacidade, servindo de estratégia ou suporte na resolução ou atenuação de problemas.</p>	<p>Este artigo pretende assinalar comentários no âmbito do apoio social e da investigação familiar, selecionando potenciais problemas de apoio social sentidos por pacientes ou pessoas com incapacidade e suas famílias na hora de lidar coletivamente com a doença ou incapacidade. Simultaneamente, é também objetivo do autor examinar questões teóricas e metodológicas a ser abordadas aquando da realização de investigações nesta área. Propondo-se ainda a levantar uma série de questões que poderão vir a ser tópicos de interesse em pesquisas futuras.</p>	<p>Ell (1996) conclui que o <b>apoio da família é a principal fonte de apoio ao paciente ou incapacitado</b>, sendo que o impacto da doença ou da incapacidade sobre as famílias é substancial. Por outro lado, o autor sublinha que existem inúmeras oportunidades para o desenvolvimento de apoio e suporte familiar, bem como, múltiplas chances de desenvolvimento de relacionamentos problemáticos no seio das famílias. Por último, o autor ressalta a <b>urgência de realização de futuros estudos no âmbito do apoio social</b> para responder a uma série de perguntas sobre o referido processo no seio das famílias que lidam com a doença ou com a incapacidade.</p>

**Tabela 13** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress e *coping*, aplicadas à população com incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Penninx, B., Tilburg, T., Deeg, D., Kriegsman, D., Boeke, A., & Eijk, J.	1998	Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis	<b>Quantitativa: inquérito por questionário</b>  O estudo utilizou uma amostra de 1.690 idosos com idades entre os 55 e os 85 anos, dos quais 719 não tinham doenças crónicas, 612 tinham artrite moderada e 359 tinham artrite severa. Foi aplicado um questionário para medir o estado da doença, o suporte social dos sujeitos, os seus recursos de <i>coping</i> pessoais, a sua autoeficácia em lidar com situações novas, imprevisíveis ou stressantes, e ainda os seus sintomas de depressão. Os resultados foram apurados através de análises correlacionais e de regressões múltiplas lineares, desenvolvendo-se, por fim, de forma exploratória, modelos de equações estruturais para comparar os coeficientes obtidos.	A principal meta deste estudo era estudar os efeitos diretos e “tampão” das várias dimensões do apoio social e dos recursos de <i>coping</i> pessoais dos indivíduos sobre os sintomas depressivos.	Apurou-se que as pessoas com artrite relataram mais sintomas depressivos do que as pessoas sem doenças crónicas. Independentemente do tipo ou severidade da doença, a presença de um parceiro, ter muitos relacionamentos sociais próximos, sentimentos de domínio e uma elevada autoestima foram encontrados como sendo efeitos favoráveis e diretos no funcionamento psicológico. Os resultados demonstraram ainda que ter muitos <b>relacionamentos sociais distintos e receber apoio emocional parecem atenuar os efeitos da artrite nos sintomas depressivos</b> . Efeitos favoráveis, das variáveis referidas, sobre sintomatologia depressiva foram apenas, ou mais fortemente, encontrados em pessoas que sofrem de artrite grave.

**Tabela 13** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress e coping, aplicadas à população com incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Hansson, B., & Ahlstrom, G.	1999	Coping with chronic illness: a qualitative study of coping with postpolio syndrome.	<p><b>Qualitativa: inquérito por entrevista</b></p> <p>Realizaram-se 2 entrevistas qualitativas com seis semanas de intervalo a 24 pessoas com Síndrome Pós Pólio (SPP). As entrevistas foram analisadas através da análise conteúdo.</p>	O estudo pretende elucidar e compreender como as pessoas com Síndrome Pós Pólio (SPP) lidam com os seus problemas ou situações de stress.	Verificou-se que os participantes experimentaram <b>muitos tipos de problemas relacionados com a doença na sua vida diária</b> , identificando, inclusivamente, a degradação progressiva da sua saúde física, em termos de fraqueza, fadiga e dor generalizadas, como fatores de <b>aumento de stress emocional</b> . Uma variedade de estratégias de coping são empregues para lidar com esta situação de stress e o resultado da análise mostra que é <b>impossível realizar um agrupamento claramente diferenciado entre estratégias com foco no problema ou na emoção</b> . Contudo, e de um modo geral, os participantes aprenderam a conviver com as mudanças e sentem que têm "uma vida boa, apesar de tudo".

**Tabela 13** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress e *coping*, aplicadas à população com incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Puhl, R., & Brownell, K. D.	2003	Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis	<p><b>Revisão de Literatura</b></p> <p>Foram estudadas várias obras acerca das formas e instrumentos de <i>coping</i> utilizados por pessoas com excesso de peso, descobrindo-se que estas vão desde a simples mudança da condição estigmatizante (perda de peso) até à mobilização de ação social para evitar a discriminação. Assim, os autores discutem as áreas mais promissoras para investigações futuras, desafios metodológicos, bem como a importância da diferença individual e fatores situacionais como variáveis moderadoras.</p>	O intuito deste trabalho foi apresentar uma variedade de estratégias de <i>coping</i> que possam ser utilizadas por pessoas com excesso de peso, comparando métodos usados noutros âmbitos de estigma e discriminação, tais como o género ou a raça.	Puhl & Brownell (2003) sistematizaram a informação recolhida acerca do preconceito e discriminação para com pessoas com excesso de peso, alertando para o facto de pouco se saber sobre os métodos que estes utilizam para lidar com o estigma do peso. O artigo analisa a forma como as pessoas obesas lidam com o estigma, identificando as teorias e métodos de <i>coping</i> utilizados noutras áreas do estigma que podem ser testados na área da obesidade. Assim, <b>identificaram como estratégias de <i>coping</i> passíveis de utilização por pessoas obesas:</b> (i) confirmação e autoaceitação do estereótipo; (ii) autoproteção; (iii) compensação; (iv) atribuição pessoal; (v) negociação da identidade; (vi) confrontação; (vii) ativismo social; (viii) evasão e descomprometimento psicológico; (ix) <i>coping</i> em comunidade; (x) perda de peso. Os autores não concluem quais as estratégias mais aplicáveis ao estigma do excesso de peso, mas listam várias questões de investigação para futuros trabalhos empíricos sobre como lidar com o estigma da obesidade.



**Tabela 13** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress e coping, aplicadas à população com incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Mactavish, J., & Iwasaki, Y.	2005	Exploring perspectives of individuals with disabilities on stress-coping	<p><b>Qualitativa: focus groups</b></p> <p>No presente estudo exploratório utilizou-se a técnica de <i>focus group</i> como principal meio de recolha de dados. Utilizou-se a técnica de amostragem intencional, aplicando os seguintes critérios: (a) indivíduos com diagnóstico de incapacidade, preferencialmente com problemas de mobilidade permanente, (b) representação relativamente igual de pessoas por género e idade. Desta maneira, conseguiram-se 22 participantes, permitindo a realização de 3 <i>focus groups</i>: (a) apenas mulheres (N=9), (b) apenas homens (N=4), e (c) com ambos os géneros (N=9, 4 mulheres e 5 homens). Como uma ferramenta analítica, adotou-se a perspetiva fenomenológica.</p>	<p>O foco deste estudo exploratório foi reconhecer que a incapacidade, como um aspeto intrínseco à identidade dos indivíduos, introduz um fator de grande influência, isoladamente ou em interação com outros fatores, nas formas utilizadas para o alívio ou atenuação do stress. Este trabalho é particularmente relevante, dada a importância da gestão do stress na reabilitação e aconselhamento psicológico destes indivíduos, apelando a um melhor planeamento e fundamentação dos programas e intervenções terapêuticas nas suas experiências da vida real.</p>	<p>Este estudo resulta na enumeração de cinco temas-chave ou dimensões estratégicas de <b>atenuação do stress para a população com incapacidade: (a) socialização / apoio social, (b) uso de afirmações positivas, (c) reconexão espiritual, (d) desvio/ alteração de foco, e (e) rejuvenescimento através do lazer/ exercício físico.</b> Considerando os cinco temas-chave do presente estudo, conclui-se que as suas <b>implicações de coping são imediatas, mas também poderão produzir efeitos de longo-prazo.</b> Simultaneamente, verificou-se não existirem diferenças significativas entre as estratégias de coping utilizadas por homens e por mulheres. Por último, o <i>empowerment</i> foi utilizado como marco conceitual, servindo de base analítica à interpretação das informações recolhidas e como suporte para a sintetização de dados. Deste modo, conclui-se que as cinco dimensões estratégicas para o alívio do stress identificadas refletem o processo de <i>empowerment</i> dos indivíduos. Estes resultados têm, portanto, implicações práticas potenciais, abrindo-se caminhos para futuras investigações.</p>

**Tabela 13** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress e *coping*, aplicadas à população com incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
<b>Desmond, D. M.</b>	2007	Coping, affective distress, and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations.	<b>Quantitativa: inquérito por questionário</b>  Questionaram-se 138 homens com amputações nos membros superiores, acerca da forma como avaliam as suas próprias estratégias de <i>coping</i> , sintomas de ansiedade e depressão, e adaptação psicossocial ao uso da prótese.	Este estudo investigou a prevalência de sintomas de depressão e ansiedade em indivíduos do sexo masculino, predominantemente idosos, com amputação de membros superiores, analisando-se, especificamente, a contribuição das estratégias de <i>coping</i> para o seu ajustamento psicossocial.	Concluiu-se que após a amputação a prevalência de sintomas depressivos é significativa (28,3%), bem como de sintomas de ansiedade (35,5%). O autor apurou que os vários <b>métodos de <i>coping</i> utilizados pelos indivíduos surgiram como importantes preditores de adaptação psicossocial</b> . Em particular, a evasão (não aceitação da amputação) foi fortemente associada ao sofrimento psíquico e à falta de adaptação à nova condição. Estes resultados sugerem que as <b>intervenções terapêuticas</b> para reduzir a resistência às estratégias de <i>coping</i> , e maximizar os seus benefícios, <b>devem estimular abordagens focadas no problema</b> , incitando os indivíduos a lidar com as dificuldades e desafios da sua condição incapacitante, a fim de facilitar a adaptação.
<b>Furlong, M., &amp; Connor, J. P.</b>	2007	The measurement of disability-related stress in wheelchair users	<b>Quantitativa: inquérito por questionário</b>  Utilizou-se uma amostra de conveniência de 119 adultos com incapacidade física adquirida, que usassem cadeira de rodas como principal forma de mobilidade. As fontes de stress comuns foram estabelecidas através de uma pesquisa inicial, na qual os participantes forneceram informação sobre os 5 aspetos mais stressantes de ter uma incapacidade. Posto isto, preenchiem um questionário sobre situações específicas de incapacidade, indicando o quão stressantes estas situações eram para eles.	O principal objetivo desta investigação era medir o stress relacionado com a incapacidade por meio do desenvolvimento da Escala de Stress da Incapacidade Física para usuários de cadeira de rodas.	A análise fatorial dos itens da Escala proposta revelou quatro principais <b>fatores de stress relacionado com a incapacidade</b> : (1) <b>acessibilidade global</b> (33,7%), (2) <b>acessibilidade física</b> (8,4%), (3) <b>acessibilidade social</b> (7,9%), (4) <b>cuidados especiais</b> (7,2%). Destaque para a pontuação do grupo de participantes com constrangimentos psiquiátricos, que apresentaram níveis significativamente mais elevados de stress, especialmente nos fatores de acessibilidade física e social e ainda de cuidados especiais. Em suma, os resultados sugerem que a Escala de Stress da Incapacidade Física (para usuários de cadeira de rodas) é uma forma de medida válida de stress, com potencial para aplicações clínicas e de investigação.

Com a decomposição de cada um dos estudos analisados e referidos na Tabela 13, reforça-se a ideia de que a situação de incapacidade dos indivíduos é distinta e especial (Krohne, 1996a), motivando causas de stress e consequências de *coping* diferenciadas relativamente a outros grupos da sociedade, devendo investigar-se esta população de forma isolada e mais aprofundada.

Desde logo se conclui que a própria incapacidade poderá ser uma fonte de stress (Ahlström & Sjöden, 1996; Furlong & Connor, 2007; Hansson & Ahlstrom, 1999), induzindo a possibilidade das estratégias de *coping* usadas pelos indivíduos, variarem consoante o tipo de doença ou incapacidade (Blalock et al., 1995).

Puhl & Brownell (2003) sugerem diversas estratégias de *coping* passíveis de utilização por pessoas com algum tipo de incapacidade e Mactavish & Iwasaki (2005) concretizam algumas dimensões estratégicas de atenuação do stress para a população com incapacidade, especificamente, a socialização e apoio social, reforçando os estudos de Ell (1996) e Penninx et al. (1997) que destacam o suporte social, designadamente da família e amigos, como principal meio de apoio à incapacidade e atenuação do stress, o uso de afirmações positivas, a reconexão espiritual, o desvio ou alteração de foco, e ainda o rejuvenescimento através de atividades de lazer. Este último aspeto, justifica o interesse e pertinência de refletir, de forma mais aprofundada, no lazer como instrumento de atenuação do stress para os indivíduos com incapacidade, tal como se pretende realizar ao longo do próximo ponto.

É ainda importante referir que Desmond (2007) fortalece a importância das intervenções terapêuticas para reduzir a resistência ou evasão às estratégias de *coping*, maximizando os seus benefícios.

Finalmente, no que concerne a metodologia, dos nove estudos analisados, constata-se que quatro recorreram à metodologia quantitativa, apenas através de inquéritos por questionário, e somente dois usaram métodos qualitativos, um por meio de *focus groups* e outro de entrevistas. Apenas um utilizou metodologia mista, com inquérito por questionário e entrevistas.

### 5.3 Estudos que cruzam stress, *coping*, lazer e incapacidade

Denota-se que a incapacidade no contexto do stress-*coping*, se trata de um tópico de investigação relativamente recente e que tem vindo a granjear a atenção da comunidade científica, predominantemente nos campos de estudo da saúde e do lazer. Contudo, as lacunas de investigação nesta área são ainda manifestas, sendo fulcral conhecer e compreender com maior detalhe o tipo de relações que poderão estabelecer-se entre as variáveis stress, *coping* (stress-*coping*), lazer e incapacidade.

Neste contexto aglutinador, encontraram-se seis estudos que relacionam stress, *coping*, lazer e incapacidade, tal como se identificam de seguida, na Tabela 14 realizada com base em Iwasaki &

Smale (1998), Hutchinson et al. (2003), Loy, Dattilo & Kleiber (2003), Kleiber, Reel, & Hutchinson (2008), Arbour-Nicitopoulos, Ginis, & Latimer (2009) e Garcia-Villamizar & Dattilo (2010).

**Tabela 14** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping, lazer e incapacidade

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Iwasaki, Y., & Smale, B. J. A.	1998	<i>Longitudinal analyses of the relationships among life transitions, chronic health problems, leisure, and psychological well-being</i>	<p><b>Quantitativa: inquérito por questionário</b></p> <p>Os dados foram recolhidos da investigação <i>Fitness</i> realizada no Canadá em 1981 (N=11.880) e do levantamento adicional realizado acerca da temática do bem-estar realizada por Campbell em 1988 (N=4.345). A amostra utilizada para o presente estudo contemplou apenas os indivíduos que participaram em ambos os estudos com idade superior a 7 anos (mulheres = 1.480; homens = 1.264). A idade média dos participantes foi de 44,5 anos (variação = 23-96 anos). Deste modo, foi possível realizar análises longitudinais acerca do relacionamento entre lazer e bem-estar psicológico para grupos de indivíduos que evidenciassem eventos de vida marcantes (ou seja, problemas crónicos de saúde ou alterações radicais do modo de vida).</p>	Os autores tentaram integrar na mesma pesquisa acerca do stress-coping, três constructos: bem-estar psicológico, lazer (ou seja, nível de participação no lazer e importância das metas atingidas no âmbito do lazer) e indivíduos que experienciassem ou tivessem experienciado eventos de vida marcantes (ou seja, problemas crónicos de saúde ou alterações radicais do modo de vida).	Verificou-se que (a) em geral, os participantes mostraram relativa estabilidade ou pequenas alterações psicológicas relacionadas com o lazer e o bem-estar; (b) alguns eventos de vida marcantes (por exemplo, tornar-se viúva para as mulheres e ficar desempregado para os homens) tiveram impactes mais nefastos no bem-estar psicológico do que outros; (c) os efeitos psicológicos positivos, considerando o bem-estar, atribuídos às metas atingidas durante o lazer foram reforçados por mulheres que se tornaram donas de casa depois de terem trabalhado e por homens que tinham experimentado doenças recentes ou de longo prazo ou ainda por homens que tinham casado recentemente; (d) o aumento da importância dada às metas atingidas durante o lazer reduziu os efeitos negativos para o bem-estar psicológico nos homens que se tornaram empregados depois de terem estado desempregados; (e) os resultados demonstraram um efeito mais forte na mudança das metas estabelecidas para o lazer do que na mudança do nível de participação no lazer para o bem-estar; (f) <b>várias relações recíprocas foram observadas, o que demonstra que o lazer pode ser tanto uma causa como um efeito de bem-estar psicológico</b> ; e (g), algumas diferenças de género foram apuradas nalguns indicadores.

**Tabela 14** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping, lazer e incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Hutchinson, S. L., Loy, D. P., Kleiber, D. A., & Dattilo, J.	2003	<i>Leisure as a coping resource: Variations in coping with traumatic injury and illness</i>	<b>Qualitativa: inquérito por entrevista</b>  Realizaram-se dez entrevistas semiestruturadas a indivíduos com uma lesão medular severa ou doença crónica, seis delas pessoalmente e quatro telefonicamente. Antes da entrevista, esclareceu-se a definição de lazer como “coisas que gosta de fazer no seu tempo livre, podendo ser algo ativo ou passivo que lhe proporcione prazer”. As questões colocadas aos indivíduos versavam sobre a natureza das atividades de lazer realizadas após a lesão medular e da sua influência no suporte social na vida dos sujeitos.	O objetivo deste trabalho foi examinar como ou de que forma os indivíduos utilizavam o lazer para lidar com uma lesão traumática ou o aparecimento de uma doença crónica.	A influência do lazer em lidar com eventos negativos de vida deriva, provavelmente, dos seus benefícios associados, tais como distração, otimismo sobre o futuro, e preservação do sentido de autoconceito e autoconfiança face ao trauma (Kleiber, Hutchinson, & Williams, 2002). Embora não haja evidências recentes do papel do lazer no âmbito do stress-coping quotidiano e das pressões da vida normativa (Iwasaki & Mannell, 2000), a natureza e a extensão da utilidade de lazer em lidar com um evento que altera a vida, como uma lesão traumática, ainda não é bem compreendida. Os resultados obtidos suportam as sugestões indicadas em investigações anteriores: <b>o lazer serve para amortecer ou atenuar os efeitos negativos das circunstâncias traumáticas de vida de forma imediata, sustentado os esforços de coping os indivíduos de várias maneiras.</b>

**Tabela 14** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping, lazer e incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Loy, D. P., Dattilo, J., & Kleiber, D. A.	2003	<i>Exploring the influence of leisure on adjustment: Development of the leisure and spinal cord injury adjustment model.</i>	<p><b>Quantitativa: inquérito por questionário</b></p> <p>Primeiro, realizou-se um estudo piloto, através de entrevistas presenciais, com 8 indivíduos com lesões medulares numa comunidade de recreação terapêutica, com o intuito de avaliar a viabilidade das escalas a aplicar, e a capacidade dos indivíduos em recordar informações e preconceitos sociais relacionados com o género. As entrevistas foram realizadas em grupo e foram gravadas e transcritas. Depois, via Clínica de Reabilitação enviaram-se 546 emails para indivíduos com lesões medulares que cumprissem os critérios: (a) mais de 19 anos, (b) diagnóstico de lesão medular há mais de 2 anos, e (c) clinicamente estável. Conseguiu-se uma amostra de 178 sujeitos, aos quais foi aplicado o questionário. A análise das informações foi realizada através da modelagem de equações estruturais (SEM) para criar uma representação aproximada da relação entre o coping e o lazer.</p>	<p>Embora estudos recentes tenham demonstrado a importância do lazer nas fases iniciais da reabilitação em indivíduos com lesão medular, o impacto da experiência de lazer na sua adaptação e a dinâmica da sua influência ainda não foram devidamente esclarecidas. Este trabalho procurou, assim, responder às seguintes questões de investigação: (1) o envolvimento no lazer influencia a adaptação dos indivíduos com lesões medulares? (2) se a participação no lazer influencia a adaptação dos sujeitos com lesão medular, que influência têm as atividades de lazer sobre a sua adaptação? (3) o apoio social poderá mediar a influência do lazer na adaptação dos indivíduos com lesão medular?</p>	<p>Os autores propõem um modelo explicativo da influência do lazer sobre a adaptação dos indivíduos com lesão medular. O modelo sugerido pressupõe que: (a) o envolvimento no lazer tem uma influência direta sobre a adaptação dos indivíduos com lesão medular e que (b) esse envolvimento tem uma influência indireta sobre a adaptação à lesão medular através da promoção do apoio social. Os resultados da modelagem de equações estruturais confirmaram que o modelo apresenta um ajuste "aceitável" para os dados recolhidos, mas deixou uma grande quantidade de variância inexplicada a sugerir a necessidade de uma análise mais aprofundada de modelos alternativos. As análises correlacionais e bivariadas sugeriram que a diversidade, frequência e intensidade do envolvimento no lazer estavam interrelacionadas com a adaptação dos indivíduos à lesão medular. Desta maneira, os autores concluem que o desenvolvimento <b>de competências de gestão eficaz do lazer torna-se crítico no processo de reintegração social</b>, especialmente para aqueles que estão em risco de fraca adaptação social e psicológica após a lesão. Embora as atividades de lazer possam contribuir para o bem-estar entre os indivíduos com a lesão, a falta de compreensão da sua dinâmica e influência, implica ainda pouca orientação <b>para a seleção de atividades ou de alternativas para a implementação de intervenções terapêuticas baseadas no lazer.</b></p>

**Tabela 14** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping, lazer e incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Kleiber, D. A., Reel, H. A., & Hutchinson, S. L.	2008	<i>When distress gives way to possibility: The relevance of leisure in adjustment to disability</i>	<b>Revisão de Literatura</b>  Os autores desenvolvem uma revisão de literatura acerca da forma como as pessoas reagem e lidam com eventos negativos de vida, em específico, com a incapacidade, dando especial ênfase e relevância ao papel do lazer nesse contexto.	Este artigo tem como objetivo evidenciar e defender a importância, valor e utilidade do lazer na forma de lidar e viver com a incapacidade.	Através da análise de Investigações anteriores, os autores concluíram que <b>o lazer ajuda na adaptação dos indivíduos a eventos negativos de vida em pelo menos quatro formas:</b> (i) desviando a atenção do acontecimento negativo, (ii) gerando esperança, (iii) restaurando aspetos do “eu” (autoconceito, autocontrolo, etc.), e, (iv) dando um contexto para a transformação pessoal. Em suma, os autores defendem que <b>o lazer deve ser incorporado como um dos fatores determinantes a considerar durante os tratamentos de reabilitação de indivíduos com incapacidade.</b>
Arbour-Nicitopoulos, K. P., Ginis, K. A., & Latimer, A. E.	2009	<i>Planning, Leisure-Time Physical Activity, and Coping Self-Efficacy in Persons with Spinal Cord Injury: a randomized controlled trial</i>	<b>Ensaio clínico: observação direta</b>  Desenvolveu-se um ensaio clínico aleatório e controlado, durante 10 semanas. Foram selecionados 44 adultos com lesões medulares, divididos em 2 grupos. O primeiro, alvo de um plano de atividades de reabilitação normal, designado APO (N=22), e o segundo, designado ACP, alvo de um plano de ação através do lazer, tendo em vista o coping (N=22). Os grupos foram observados em 3 momentos, nas semanas 1, 5 e 10.	Pretendeu-se estudar e compreender os impactos das ações ou atividades físicas de lazer, tendo em consideração um planeamento direcionado para o coping dos indivíduos com lesões medulares.	Os resultados revelaram que o grupo ACP relatou significativamente <b>maior atividade física durante o tempo de lazer, melhor organização do seu tempo e maior autoeficácia</b> nas semanas 5 e 10, comparativamente com o grupo APO. Estes resultados ilustram, portanto, a eficácia do planeamento assertivo, tendo em vista o coping, de atividades físicas nos tempos de lazer, em indivíduos com lesão medular, verificando-se a sua <b>influência na adaptação à própria lesão e nas crenças de autoeficácia</b> (para a realização de tarefas diárias).



**Tabela 14** - Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping, lazer e incapacidade (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Garcia-Villamisar, D. A., & Dattilo, J.	2010	<i>Effects of a leisure programme on quality of life and stress of individuals with ASD</i>	<p><b>Quantitativa: inquérito por questionário</b></p> <p>Selecionaram-se 37 participantes (22 homens, 15 mulheres), com idades entre 17-39 anos diagnosticados com autismo ou síndrome de Asperger e um grupo de 34 adultos, também com autismo ou síndrome de Asperger, como grupo controlo (19 do sexo masculino, 15 do sexo feminino, com idades entre 24-38). Os participantes foram aleatoriamente designados para participarem num programa de lazer experimental, sendo avaliados no início do estudo e 12 meses depois, através de 2 instrumentos de avaliação: o questionário de qualidade-de-vida de Schalock &amp; Keith, 1993 e a escala de análise do stress para pessoas com autismo e outras incapacidades de Groden <i>et al.</i> 2001.</p>	Constatando a falta de pesquisa que demonstre uma relação positiva entre a participação no lazer e a construção da qualidade de vida e redução do stress, no âmbito da população com incapacidade. O presente estudo, pretendeu medir os efeitos de um programa de lazer na qualidade de vida e nos níveis de stress de um grupo com incapacidade, especificamente com autismo ou síndrome de Asperger.	Apurou-se uma diminuição significativa das pontuações globais dos níveis de stress para os participantes do programa de lazer, verificando-se um aumento igualmente significativo de quatro fatores de qualidade de vida estabelecidos (satisfação, independência, competência e interação social), bem como a pontuação total de qualidade de vida desde o início até o final da intervenção, 12 meses mais tarde. Por outro lado, sublinha-se que o grupo de controlo não demonstrou melhorias significativas relacionadas com o stress, nem com a qualidade de vida. Conclui-se, então, que <b>a participação em atividades de lazer, recreativas influenciou positivamente o stress e a qualidade de vida de adultos com autismo ou síndrome de Asperger e que as intervenções terapêuticas associadas ao lazer são viáveis, mas ainda escassas.</b>

Através da observação das tabelas apresentadas acerca dos estudos integrativos das variáveis stress,  *coping*, lazer e incapacidade, constata-se que, por um lado, não são especificadas as atividades de lazer experienciadas pelos indivíduos e, por outro, que a incapacidade se encontra, muitas vezes, associada à doença ou ao resultado de doenças degenerativas.

Iwasaki & Smale (1998) verificaram a existência de várias relações recíprocas entre lazer e incapacidade, demonstrando que o lazer pode ser tanto uma causa como um efeito de bem-estar psicológico. Hutchinson et al. (2003) provaram que o lazer serve para amortecer ou atenuar os efeitos negativos das circunstâncias traumáticas de vida, sustentando esforços de  *coping* dos indivíduos e Arbour-Nicitopoulos et al. (2009) constataram a sua influência na adaptação à própria lesão ou incapacidade. Por fim, Loy et al. (2003), Kleiber et al. (2008) e Garcia-Villamizar & Dattilo (2010) sublinharam a importância da seleção de atividades ou alternativas de lazer a considerar nos tratamentos de reabilitação e intervenções terapêuticas dos indivíduos com incapacidade, revelando que a sua utilização é ainda escassa, necessitando de maior estudo e investigação.

Relativamente a metodologias utilizadas nestes estudos, observou-se que metade aplicou métodos quantitativos, usando inquéritos por questionário, e apenas um métodos quantitativos através de entrevistas.

#### 5.4 Estudos que cruzam stress, *coping* e turismo

O estudo das variáveis stress e  *coping* no âmbito do turismo tem atraído a atenção dos investigadores, maioritariamente, através de três abordagens principais: 1) o estudo do stress provocado pelo turismo nos indivíduos ou a análise das situações de stress resultantes da experiência turística; 2) a investigação do stress laboral sentido pelos profissionais de turismo (gestores de hotéis, agentes de viagens, comissários de bordo, estudantes e professores de turismo, entre outros) e a indagação dos instrumentos de  *coping* desenvolvidos por esses profissionais ou das formas de lidar com esse stress laboral; 3) a averiguação da repercussão do stress nas comunidades recetoras de turismo (população local e fauna e flora locais) e o estudo dos recursos de  *coping* utilizados por essas comunidades.

Constata-se, pois, que a perspetiva do turismo como meio de gestão e controlo do stress para os próprios participantes da experiência turística, ou seja, como mecanismo de  *coping* para os turistas, é um campo de investigação praticamente inexplorado. Neste âmbito, encontraram-se apenas dois estudos que comprovam, não só a importância da temática, mas sobretudo a necessidade de maior investigação neste contexto, tal como se pode observar através da Tabela 15, elaborada com base em Prebenson & Foss (2011) e Filep (2014).

**Tabela 15** – Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, *coping* e turismo

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Prebenson & Foss	2011	<i>Coping and Co-creating in Tourist Experiences</i>	<p><b>Qualitativa: observação direta (introspeção)</b></p> <p>Uma das autoras do estudo participou, com os seus três filhos de 11, 13 e 17 anos, num pacote de férias direcionado para famílias e escreveu um diário acerca das experiências vividas, descrevendo os seus pensamentos e sentimentos. Este diário foi o instrumento de análise qualitativa utilizado para o desenvolvimento do estudo.</p>	O principal objetivo deste estudo foi realizar uma exploração em profundidade de como o consumidor lida com o stress durante a viagem turística e co-cria experiências turísticas.	<p>Neste estudo a experiência turística é analisada numa perspetiva social, explorando o contacto e <b>interação entre o turista, os prestadores de serviços turísticos e os outros consumidores turísticos</b>. Os resultados revelam exemplos de stress-<i>coping</i> e de estratégias de co-criação para lidar com o turista durante a viagem turística, ou seja, este trabalho sugere, principalmente <b>implicações para a melhoria da prestação de serviços no setor do turismo</b>. Assim, os autores frisam a relevância da visão do prestador de serviços como <b>anfitrião</b> e a sua importância como fonte de <b>suporte emocional</b>, denotando que os turistas assumem diferentes papéis consoante as situações, aos quais estes se <b>devem adaptar</b> e prestar apoio. E, por último, frisam que os prestadores de serviços turísticos devem ter em mente que o turista deve participar na produção da própria experiência, sendo também função destes profissionais <b>orientar a dinâmica participativa</b>, considerando, primordialmente, as emoções e o bem-estar pessoal e coletivo dos seus clientes.</p>

**Tabela 15** – Levantamento das investigações que cruzam as variáveis stress, coping e turismo (continuação)

Autores	Ano	Título	Metodologia	Objetivos	Principais Resultados
Filep, S.	2014	<i>Consider Prescribing Tourism</i>	<p><b>Revisão de Literatura</b></p> <p>Neste artigo realiza-se um sucinto levantamento bibliográfico dos estudos que demonstraram os benefícios do turismo para a saúde e bem-estar dos seus participantes, designadamente através dos tópicos de análise: redução do stress, melhoria da qualidade do sono e ganhos para a saúde cardiovascular.</p>	<p>O autor sublinha que não pretendia discutir complicações de saúde relacionadas com as experiências turísticas, que já têm vindo a ser amplamente documentadas, mas antes delinear o potencial dos seus benefícios. Assim, o objetivo deste artigo é chamar a atenção da comunidade médica para o papel do turismo como conjunto diversificado de atividades importantes para a melhoria da saúde e bem-estar dos indivíduos.</p>	<p>Os resultados apontam os seguintes <b>argumentos a favor da prescrição turística como terapêutica médica</b>: (i) a curto prazo: <b>redução do stress e melhoria da qualidade do sono</b>; (ii) a longo prazo: melhoria da <b>saúde cardiovascular</b>. De uma forma geral, apura-se que o turismo gera emoções positivas, compromissos, interação, significância e sentimentos de realização pessoal, sendo que diversos estudos correlacionais indicam associações positivas entre turismo e ganhos para a saúde dos seus participantes. Finalmente, Filep (2014) destaca como principais <b>desafios</b> de investigação neste âmbito: 1) <b>melhor compreensão dos benefícios</b> de turismo nos vários domínios biológicos, funcionais e subjetivos; 2) <b>maior colaboração interdisciplinar e integração de conhecimento</b>, sobretudo entre as áreas de investigação social e médica ou da saúde; 3) a nossa mortalidade relembra que o tempo de prescrever férias/ turismo para nós e/ ou para os pacientes é um direito de “agora” e não de “mais tarde”.</p>

Para além das investigações apresentadas na Tabela 15, é ainda importante dar conta do estudo empírico desenvolvido por Wang (2010), intitulado “*Social Alternative Compensation and Stress-Coping; the Mediating Effect of Tourism*”, cujo conteúdo total não foi possível analisar por se encontrar em mandarim, mas cujo resumo permite apurar que os resultados apontam no sentido do turismo ser um mediador entre a perceção de stress e o distanciamento da situação stressante, isto é, o turismo funciona como uma ferramenta de compensação e integração social que ajuda os indivíduos a autorreconstruírem-se ou a autorecomporem-se socialmente. O autor sugere que a prática turística melhora a qualidade laboral e de vida dos sujeitos, expondo a necessidade de exploração mais aprofundada da função social do turismo, como instrumento de melhoria do bem-estar social.

Os estudos analisados robustecem a ideia de que o turismo poderá, de facto, afirmar-se como um importante recurso de *stress-coping*, propondo a atividade turística como uma alternativa ou instrumento de equilíbrio social (Wang, 2010, Prebenson & Foss, 2011), capaz de contribuir para a harmonia física, psicológica ou emocional, com efeitos comprovados em aspectos específicos da saúde e bem-estar: redução do stress, melhoria do sono e redução de riscos cardiovasculares (Filep, 2014).

As metodologias adotadas nestes estudos dividem-se entre revisão de literatura e análise qualitativa, designadamente por meio de observação direta e introspecção. A observação direta e a introspecção, por um lado, introduzem um novo caminho metodológico, mas, por outro, ainda são consideradas ferramentas frágeis em termos de análise, devido a dificuldades relacionadas com a sistematização da informação, o controlo da subjetividade ou a possibilidade de generalização ou extrapolação para uma população.

Finalmente, é de salientar, a inexistência de evidências empíricas dos efeitos do turismo no *stress-coping* dos seus participantes, nas suas diversas dimensões ou domínios, tal como frisa Filep (2014), sendo que este autor sublinha ainda a necessidade de maior interdisciplinaridade e integração de conhecimento entre as áreas das ciências sociais e das ciências médicas ou da saúde. Neste contexto, crê-se fortalecida a pertinência e contemporaneidade da temática da presente investigação, destacando-se ainda a especificidade da população em estudo, já que as pesquisas e tentativas de sistematização de estudos que integrassem as variáveis stress, *coping*, turismo e incapacidade, se revelaram-se infrutíferas. Deste modo, verifica-se que este trabalho responde a questões de investigação inovadoras e favorece a multidisciplinaridade, bem como a integração de conhecimentos.

## 5.5 Síntese conclusiva

A revisão dos estudos que cruzam stress, *coping*, lazer, turismo e incapacidade permitiu perceber que o stress tem um impacte significativo na vida dos indivíduos, principalmente naqueles com incapacidade, já que possibilitou concluir que, estes últimos, poderão apresentar fontes de stress distintas da restante população, especificamente circunstância diretamente relacionadas com a própria incapacidade. Partindo-se deste pressuposto, alguns estudos sugerem também que as respostas de stress-coping desta população particular, poderiam ser também diferentes dos seus pares, variando de acordo com as suas fontes de stress peculiares, por exemplo, consoante o tipo de incapacidade. Assim, vários autores propõem a socialização ou o apoio social como um dos principais apoios para o alívio do stress, sugerindo que os indivíduos com incapacidade terão maior pendor por estratégias de *coping* interacionistas. Neste sentido, destacam-se diversos estudos que comprovam a importância do lazer como recurso de *coping* para a população com incapacidade, apurando-se que os benefícios das atividades de lazer compõem uma panóplia de mais valias biológicas, psicológicas e sociais, ou seja, biopsicossociais. De notar são ainda as tentativas de compreensão e organização destes benefícios, sobressaindo neste âmbito os trabalhos de Iwasaki & Mannell, (2000) com a criação das Escalas de *Coping* através do Lazer, isto é, a Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer e a Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer. Estes autores, são bastante citados neste âmbito, já que sugerem uma estruturação hierárquica dos benefícios do lazer, que se subdivide em crenças e estratégias de *coping*, cujos modelos se demonstraram válidos e robustos e, por isso, com interesse de aplicabilidade noutras circunstâncias ou noutras franjas populacionais.

Finalmente, salientam-se os poucos trabalhos investigativos na área do turismo que incidem sobre o stress-coping, na perspetiva de *coping* do turista, ou seja, do turismo como recurso de stress-coping para os seus participantes. Berno & Ward (2005) frisam que o turismo poderá apresentar-se como uma espécie de “laboratório em ambiente natural” para testar teorias da área da psicologia, designadamente na investigação do stress-coping, da aprendizagem cultural, da identificação social, do relacionamento intergrupar, entre outras. Estes autores sugerem que a experiência turística oferece a oportunidade de aplicar as teorias psicológicas à realidade, promovendo o desenvolvimento de processos inovadores ao nível social, cultural, económico, educacional e da saúde, favorecendo eventuais resultados positivos para os indivíduos (turistas), comunidades acolhedoras e para a própria indústria turística. Neste sentido, afigurou-se pertinente estudar o fenómeno do stress-coping no contexto do turismo, na perspetiva do turista com incapacidade, estreitando pontes entre as áreas de investigação do lazer, da saúde e do turismo.

Em suma, ao longo deste capítulo, frisam-se os variados esforços ao nível da categorização das fontes de stress (por exemplo em micro e macro dimensões ou em stressores discretos e crónicos), da classificação das respostas automáticas às situações de stress (focadas na emoção,

no problema ou na interação social), da distinção entre crenças de *coping* e estratégias de *coping*, e, finalmente, da importância do lazer em qualquer contexto. Todos os trabalhos de investigação enumerados reforçam a ideia de que a maneira e a intensidade como experienciamos o stress e a forma como o gerimos (*coping*), influencia irremediavelmente a nossa vida (Iwasaki & Schneider, 2003).

Contudo, constata-se que o lazer é sempre abordado na sua generalidade, sem que se compreenda que tipo de atividades de lazer poderia ser mais efetivo para o alívio e controlo do stress. Por exemplo Hull & Michael (1995) no âmbito dos seus estudos, verificaram que as atividades recreativas ao ar livre tinham um impacto positivo no humor dos indivíduos, atenuando o stress, mas admitem não ter conseguido determinar se essas alterações de humor eram consequência das características do local, da própria atividade, ou de qualquer outro fator, como as expectativas, crenças, simbolismo, entre outras. Ao mesmo tempo, a maioria dos estudos cuja população alvo é a população com incapacidade, associam a incapacidade à doença, constituindo amostras de indivíduos com osteoartrite, artrite, distrofia muscular, lesões medulares, entre outras. É certo que estas enfermidades crónicas ou degenerativas resultam em incapacidades, todavia, crê-se que faltam mais investigações com enfoque na compreensão do fenómeno do stress-*coping* para a população com incapacidade permanente, sem interligar incapacidade a doença, até porque já se comprovou, no âmbito do Capítulo II – A Pessoa com Incapacidade Motora e Sensorial, que incapacidade não é sinónimo de doença.

Conclui-se, então, que a presente investigação poderá inovar, apostando na multidisciplinaridade, e colmatar as lacunas identificadas anteriormente, já que se analisará o lazer em contexto de turismo acessível para a população com incapacidade motora e sensorial na sua globalidade.

Por fim, considerando a análise das metodologias utilizadas, tendo em conta os objetivos propostos e principais resultados, conclui-se que o método mais utilizado pelos autores da área em estudo são os quantitativos, através de inquéritos por questionário, designadamente escalas de medição, seguindo-se o método qualitativo, por meio das técnicas de *focus groups* ou entrevistas em profundidade, com menor expressividade. Desta forma, a revisão dos estudos apresentados permitiu também retirar conclusões acerca da abordagem metodológica mais adequada a utilizar na presente investigação, tal como se espelhará no próximo Capítulo VI – Metodologia.

## PARTE II – CONTRIBUTO EMPÍRICO

---



## PARTE II – Contributo Empírico

A necessidade de investigação no âmbito do turismo acessível e *stress-coping* é manifesta, daí a relevância do presente estudo, na busca de conhecimento acerca das estratégias para lidar com o stress que os indivíduos com incapacidade utilizam, prevendo-se a sua contribuição para a terapêutica dedicada à redução do stress e promoção de qualidade de vida (Mactavish & Iwasaki, 2005), junto deste público. Crê-se ainda, que o envolvimento deste público no turismo acessível possibilitará a sua inclusão social e o usufruto de benefícios que afetarão fortemente o seu bem-estar social, físico e psíquico, contribuindo positivamente para a sua reabilitação global (Kastenholz, et al., 2010).

Este potencial envolvimento da população com incapacidade no turismo como estratégia de *coping* é o que se pretende analisar, permitindo uma melhor compreensão das relações dinâmicas entre turismo, stress e coping para estes indivíduos. Deste modo, pretendem-se desenvolver bases empíricas que poderão apontar linhas orientadoras relevantes, não só para fins terapêuticos, mas também para o desenvolvimento de novos produtos turísticos otimizados, numa lógica biopsicossocial, tendo em vista o bem-estar e boa saúde dos indivíduos (Caldwell, 2005; Leitner & Leitner, 2005; Trenberth, 2005). Nesta segunda parte, denominada de Contributo Empírico, descrevem-se, portanto, os estudos desenvolvidos no âmbito desta tese, um de natureza qualitativa e outro de cariz quantitativo.

Assim sendo, o primeiro passo será a descrição da metodologia escolhida e utilizada (capítulo VI), seguindo-se a apresentação dos principais resultados obtidos (capítulo VII), passando pela sua análise, interpretação e discussão de forma aprofundada e minuciosa (capítulo VIII), culminando com a identificação das principais conclusões obtidas, não esquecendo as implicações teóricas e práticas do estudo e algumas recomendações e sugestões de investigação futura (capítulo IX).

## CAPÍTULO VI – METODOLOGIA

---

## Capítulo VI – Metodologia

Quais as circunstâncias indutoras de stress no indivíduo com incapacidade? Que tipo de estratégias de *coping* é mais utilizado por estes indivíduos? Quais os efeitos da participação turística na vida desta população? Poderá o turismo acessível atuar como recurso ativo de stress-*coping* para os sujeitos com incapacidade? Estas questões orientaram a primeira parte da presente investigação e servem de ponto de partida para a construção de algumas hipóteses de resposta debatidas através de uma pesquisa sociológica, cuja metodologia se apresenta ao longo do presente capítulo.

Desta forma, optou-se por uma estratégia multidimensional e interdisciplinar, com o intuito de compreender as crenças e as estratégias de *coping* dos indivíduos com incapacidade num contexto de lazer específico: o turismo, tentando-se, simultaneamente, aferir o impacte das atividades de lazer em contexto de turismo acessível no controlo e gestão do stress destes indivíduos.

Reconhecendo-se que o turismo e, especialmente, o stress-*coping* são fenómenos sociais, já que implicam contacto, interação e suporte social (Coleman & Isoahola, 1993; Hood & Carruthers, 2007; IsoAhola & Park, 1996; Iwasaki, 2001; Iwasaki & Mannell, 2000; Kleiber et al., 2002), e, ao mesmo tempo, individuais, na medida em que comprometem processos psicológicos próprios e íntimos, percebe-se que o seu estudo esteja sujeito a um entendimento integral (Gayle Jennings & Nickerson, 2006; Kastenholtz, 2010; Silva, 2006), apenas compreendido por meio da introspeção e da interpretação, através de uma abordagem fenomenológica, sugerida por Cohen (1979) e por Elands and Lengkeek (2000).

Neste sentido, os métodos mistos, com a aplicação de metodologias qualitativas e quantitativas, parecem os mais adequados para esclarecer os fenómenos em estudo, interpretar as suas manifestações e os contextos em que ocorrem, utilizando-se para o efeito uma panóplia de fontes de dados e informações em vez de uma fonte única (Creswell, 2009; Yin, 2011). De facto, a utilização das abordagens qualitativa e quantitativa permitem alcançar os objetivos de investigação propostos, fornecendo ideias, pistas de reflexão e construção e validação de hipóteses de investigação complementares à revisão da literatura efetuada na Parte I.

Por outro lado, será ainda de referir que na investigação em turismo, os dois métodos têm sido utilizados, cada vez mais, como complementares entre si e não competitivos, por forma a majorar os aspetos positivos e atenuar as fragilidades de cada um (Jennings, 2001). Prova disso são publicações recentes na área do comportamento do consumidor turístico, tais como Curtin (2010), Morgan & Xu (2009), Sims (2009), Hayllar & Griffin (2005), Shaw & Coles (2004), que revelam a mais valia e fiabilidade dos métodos mistos, afirmando-se claramente como uma tendência metodológica ao nível das ciências sociais.

O Capítulo VI pretende ser um roteiro da pesquisa efetuada, apresentando a metodologia seguida empiricamente para a prossecução dos objetivos estabelecidos, iniciando-se com a problematização do objeto de estudo, particularizando os objetivos específicos do presente estudo, bem como as respetivas hipóteses de investigação. De seguida, descreve-se o modelo conceptual seguido, esclarecendo quais os critérios utilizados para a seleção da amostra. Por último, clarificam-se os instrumentos de avaliação, os procedimentos e os instrumentos de tratamento e análise de dados.

## 6.1 Problematização do objeto de estudo

A interação entre stress, *coping*, e lazer ou recreação tem vindo a ser estudada de forma consistente, teórica e empiricamente, desde os trabalhos prolíficos de Lazarus & Folkman em 1984 (Lazarus & Folkman, 1984). A partir dessa data, muitos outros investigadores apresentaram teorias explicativas do relacionamento das variáveis stress e *coping*, através de múltiplas abordagens. No entanto, apenas alguns autores contribuíram para o aumento da rede de trabalhos no âmbito do lazer e recreação (Schneider & Iwasaki, 2003) e nenhum em específico no âmbito do turismo, tal como clarificado ao longo do capítulo anterior (Capítulo V).

De acordo com Selye (1974, 1980), constatou-se que os indivíduos estão sujeitos ao stress de forma diária ou permanente, ou seja, não é possível resistir às exigências do dia-a-dia sem o estímulo do stress. Isto porque, se por um lado, o stress pode ser positivo (*eustress*), representando situações desafiantes e promotoras da realização pessoal do indivíduo, por outro, o stress também poderá ser negativo (*distress*), associando-se a acontecimentos de vida desagradáveis, desgastantes e frustrantes. Contudo, quer o stress seja positivo, quer seja negativo, a sua principal característica é desequilibrar os recursos internos do indivíduos, provocando sempre uma resposta de adaptação. Por seu turno, as respostas de confrontação ou ajuste ao stress, denominadas de *coping*, podem ser de vários tipos consoante o seu enfoque: focadas no problema, na emoção ou na interação social. Ora, a presente investigação incide sobre uma população com características bastantes específicas e distintivas, a população com incapacidade motora e sensorial, logo, estes factos, conduzem à colocação de algumas questões: O que provocará stress aos indivíduos com incapacidade? Serão as fontes de stress destes indivíduos iguais às da restante população? Como encaram o stress, de forma positiva ou negativa? Quais as suas respostas de *coping* mais frequentes?

A literatura demonstra que o lazer tem um papel muito relevante no *coping*, tendo-se comprovado que suscita sentimentos de liberdade, autonomia e desenvolvimento pessoal, muito importantes na minimização e controlo do stress (Folkman & Moskowitz, 2004). Tem-se, então, comprovado a importância do lazer pelos seus benefícios para a saúde e bem-estar globais dos indivíduos e, particularmente na recuperação e reabilitação dos sujeitos em casos de perda extrema ou eventos

de vida negativos, como o surgimento de uma incapacidade (Kleiber et al., 2008). No caso da presente investigação, e tal como já foi esclarecido no ponto 4.5 do Capítulo IV (Parte I), o turismo é uma reconhecida e importante atividade de lazer, estando, cada vez mais, intimamente relacionada com o que fazemos no tempo livre e com as atividades recreativas em que participamos (Mannell & Kleiber, 1997). Assim, neste caso, analisaremos o turismo, que se trata de uma atividade desenvolvida no tempo de lazer, com todas as suas características intrínsecas e mais alguns benefícios específicos (já aclarados ao longo do Capítulo III), fora do local de residência habitual por um período superior a vinte e quatro horas. Deste modo, será legítimo questionar: Será o turismo uma resposta de *coping* preferencial para os indivíduos com incapacidade? Quais os benefícios que o turismo poderá proporcionar a estes indivíduos para que possam lidar com o stress, com sucesso? Será que o tipo de incapacidade e o perfil sociodemográfico dos sujeitos influencia a forma como lidam com o stress através do turismo?

No que concerne a incapacidade, apura-se também que o tipo de incapacidade mais estudada até à atualidade é a motora, existindo evidências empíricas em menor número acerca doutros tipos de incapacidade. Este hiato de conhecimento reduz a dimensão da incapacidade e pretende-se eliminar parcialmente com este trabalho, já que se estabelece como objeto empírico a população com incapacidade motora e sensorial, isto é, visual e auditiva. Os limites da amostragem excluem ainda o estrato populacional com incapacidade intelectual ou mental na medida em que a complexidade da temática e dos instrumentos de avaliação não permitiriam uma recolha de dados e informação fidedigna (caso fossem os próprios a responder às questões colocadas) ou comparável (caso fossem os seus cuidadores a responder às questões colocadas).

Em suma, o relacionamento entre os fenómenos de stress-*coping* e do turismo acessível que se pressupõe causal ou recíproco (Mactavish & Iwasaki, 2005) é o foco de análise, possibilitando a compreensão da dinâmica entre uma forma específica de lazer, o turismo, a incapacidade, particularmente motora e sensorial, e o stress-*coping*. No sentido de esclarecer o caminho percorrido, estabelecem-se seguidamente os objetivos globais e específicos que orientaram a presente investigação.

## 6.2 Objetivos

As duas grandes metas estabelecidas para a presente investigação já foram desvendados com a apresentação do enquadramento teórico e na introdução do presente capítulo, lembrando-se que se ambiciona globalmente (a) compreender o relacionamento entre turismo, *stress* e *coping* para a população com incapacidade, (b) fortalecendo bases empíricas que possibilitem orientar novos caminhos investigativos e práticos no âmbito do desenvolvimento turístico e da promoção da saúde e do bem-estar global dos indivíduos com incapacidade.

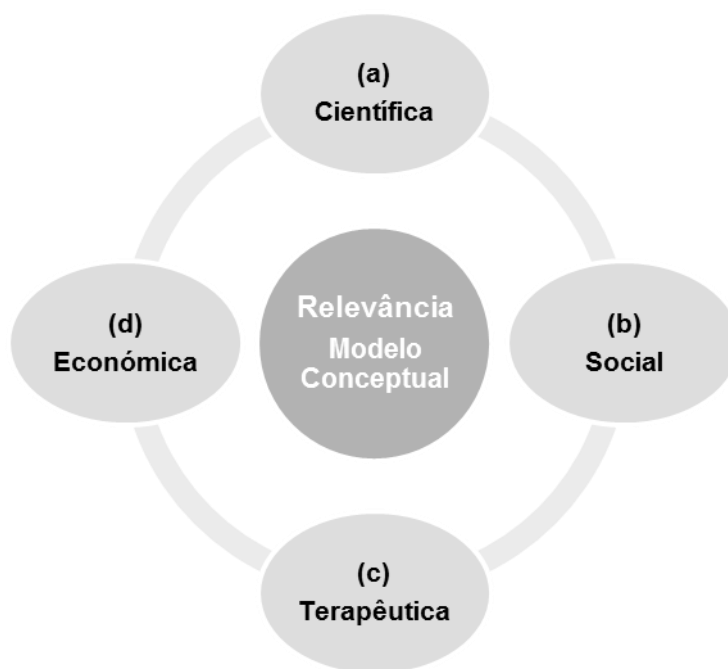
Para além disso, estabeleceram-se, igualmente, dois objetivos gerais, designadamente (i) clarificar as circunstâncias indutoras de stress para as pessoas com incapacidade e identificar as suas principais respostas de *coping* e (ii) explicar como o turismo poderá atuar nas dimensões do *stress-coping*.

Contudo, e considerando a complexidade dos constructos em análise, definiram-se ainda objectivos mais específicos, nomeadamente (1) refletir sobre os benefícios proporcionados pelo turismo acessível no âmbito do *stress-coping*; (2) perceber quais as dimensões biopsicossociais do indivíduo com incapacidade são afetadas ou influenciadas pela participação no turismo acessível; (3) adaptar e ajustar duas escalas desenvolvidas e validadas por Iwasaki & Mannell (2000), traduzidas para português e legitimadas por Santos, Ribeiro & Guimarães (2003) - a Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer (ECCL) e a Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer (EECL) - para medir os benefícios biopsicossociais do turismo acessível organizados hierarquicamente através de crenças e estratégias de *coping* utilizadas por uma população com características especiais: os indivíduos com incapacidade motora e sensorial; (4) identificar futuras linhas de investigação que cruzem saúde, turismo e incapacidade, numa lógica que una a terapêutica à recreação, ou seja, o turismo ao *stress-coping*.

No ponto seguinte apresentam-se o Modelo Conceptual e as hipóteses construídas no sentido de conduzir e complementar a compreensão do processo de investigação efetuado.

### 6.3 Modelo conceptual e hipóteses

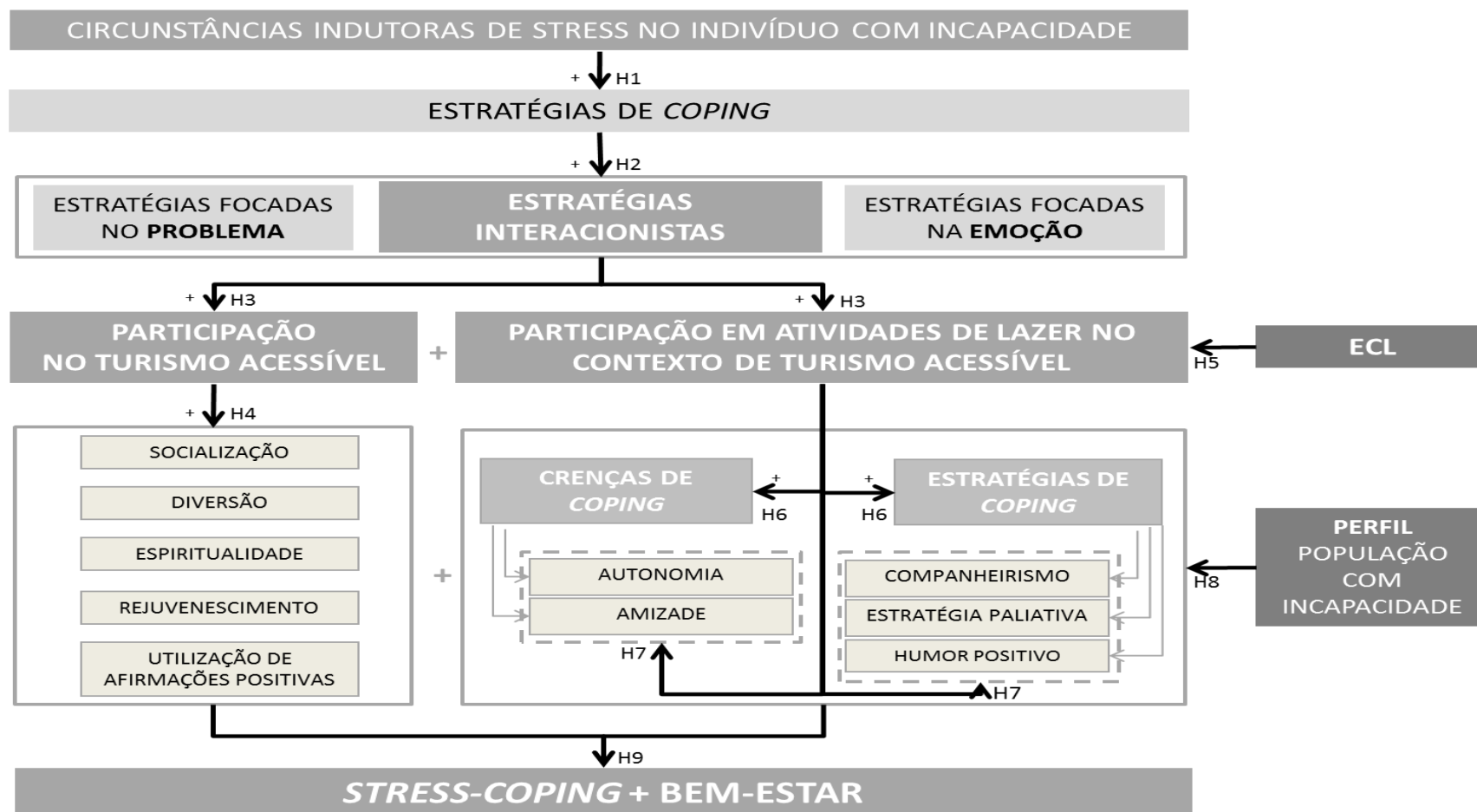
O modelo conceptual do presente trabalho assenta sobre a seguinte questão de partida: “Será o turismo acessível recurso de *stress-coping* para as pessoas com incapacidade motora e sensorial?”, cuja relevância é inegável do ponto de vista (a) científico, visto que corresponde a uma recente área de conhecimento que necessita ser estudada, já que os investigadores da área do *coping* têm conferido pouca atenção ao papel do lazer ou das atividades recreativas neste domínio (Iwasaki & Mannell, 2000; Kleiber et al., 2002; Lazarus, 1993; Zuzanek et al., 1998), (b) social, na medida em prevê a inclusão de uma população habitualmente alvo de discriminação e preconceito, (c) terapêutico, já que apresenta como meta o bem-estar global dos indivíduos com incapacidade motora e sensorial, e (d) económico, visto que se baseia num novo paradigma de gestão denominado turismo acessível ou turismo para todos, que potencia o aumento da procura turística (ver Figura 11).



**Figura 11** - Relevância da questão de partida do modelo conceptual

É igualmente importante referir que o modelo conceptual determina os constructos, isto é, as categorias ou dimensões em análise que respondem à questão de partida, ou seja, que medem a aptidão percebida do turismo acessível como instrumento de controlo do stress. Por sua vez, estes constructos encontram-se elencados através das hipóteses de investigação, tal como se pretende retratar na Figura 12.

Os constructos estabelecidos foram seleccionados com base nos estudos de Lazarus & Folkman (1984), Iwasaki e Mannell (2000) e Mactavish e Iwasaki (2005), tendo em consideração a população com incapacidade como público-alvo de investigação. Deste modo, percebeu-se desde logo que seria uma prioridade compreender as circunstâncias indutoras ou fontes de stress no indivíduo com incapacidade que, sendo distintas da restante população, originariam inevitavelmente estratégias de *coping* diferenciadas e, conseqüentemente, toda a filosofia investigativa até aos constructos-meta do stress-*coping* ou reequilíbrio destes sujeitos em particular e, por conseguinte, do seu bem-estar geral (ver Figura 12).



**Figura 12** – Modelo Conceptual

**Fonte:** Elaborado com base em Lazarus & Folkman (1984), Iwasaki & Mannell (2000) e Mactavish & Iwasaki (2005)



Por meio do modelo conceptual é possível vislumbrar os principais tópicos em estudo, a forma como se interligam e interagem, bem como a maneira como se condicionam e influenciam. A compreensão do modelo conceptual permite, então, estabelecer com clareza as hipóteses de investigação, tornando-se fundamental sistematizar os constructos envolvidos em cada uma delas.

Deste modo, a Tabela 16, apresentada de seguida, serve de auxílio à compreensão do modelo conceptual, resumindo e detalhando todos os constructos em estudo. Assim, elencam-se e justificam-se as hipóteses de investigação formuladas através da referida tabela, especificando-se e definindo-se os seus constructos associados, bem como a forma de operacionalização investigativa de cada hipótese enunciada, não esquecendo as referências de base que lhe deram origem.

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização
<p><b>H1 - As circunstâncias indutoras de stress no indivíduo com incapacidade motora e sensorial influenciam positivamente a procura ativa de estratégias de coping;</b></p>	<p>Circunstâncias indutoras de stress ou Fontes de stress</p>	<p>Relação estabelecida entre o indivíduo e o meio envolvente, avaliada como excedendo os seus recursos (pessoais ou sociais) e prejudicando o seu bem-estar. Ou seja, situações ou acontecimentos que envolvem um grau de exigência superior à capacidade de resposta dos indivíduos para a ultrapassar com êxito.</p>	<p>Matarazzo (1984)</p> <p>Krohne (1996a)</p> <p>Vaz Serra (1999)</p>	<p><b>Focus Group:</b></p> <p><b>Parte C: Questões a) e b)</b></p> <p>a) Pensando na vossa vida diária, qual o significado de stress para cada um?</p> <p>b) Como definem stress?</p> <p><b>Parte D: Questões a), b) e c)</b></p> <p>a) O stress é um factor negativo na sua vida? Se sim, explique como.</p> <p>b) O stress é um factor positivo na sua vida? Se sim, de que forma.</p> <p>c) O que tem o stress ou que características apresenta que o torna bom/positivo ou mau/negativo?</p> <p><b>Parte E: Questões 1 e 1 a), b), c) e d)</b></p> <p>1. Quais são os aspectos/ factores que os deixam stressados?</p> <p>a) Diriam que é apenas um aspecto que vos causa stress ou que se trata da soma de diferentes aspectos, em conjunto?</p> <p>b) Apresentam algum problema de saúde que contribua para se sentirem stressados?</p> <p>c) Para além das potenciais preocupações de saúde, existem outros factores adicionais contribuem para se sentirem stressados?</p> <p>d) O facto de possuírem uma incapacidade, contribui para se sentirem stressados?</p> <p><b>Parte F: Questão a)</b></p> <p>a) Atendendo a tudo o que foi falado, o que é que consideram ser a maior causa de stress na vossa vida?</p> <div> <p>Análise Qualitativa</p> <p>Análise de Conteúdo</p> </div> <p><b>Método</b></p>

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização
<b>H2 - O indivíduo com incapacidade motora e sensorial recorre com maior frequência a estratégias de <i>coping</i> interacionistas, em detrimento de outras estratégias de <i>coping</i> focadas na emoção ou no problema;</b>	Estratégias de <i>coping</i> focadas no problema	Esforços dirigidos aos recursos somáticos e/ ou sentimentais do indivíduo, com o intuito de alterar o seu estado emocional.	Lazarus & Folkman (1984)	<b>Focus Group:</b>  <b>Parte E: Questões 2 e 2 a)</b>  2. De que forma ou que coisas fazem ou utilizam para lidar com o stress?  a) De que forma lidam, habitualmente, com o stress na vossa vida?  Análise Qualitativa Análise de Conteúdo <div>Método</div>
	Estratégias de <i>coping</i> focadas na emoção	Esforços focados nos recursos pessoais do indivíduo, com o objetivo de alterar o problema existente entre a pessoa e o ambiente que lhe está a causar tensão.	Lazarus & Folkman (1984)	
	Estratégias de <i>coping</i> interacionistas	Esforços com enfoque nos recursos sociais do indivíduo ou nas suas relações interpessoais, através dos quais este procura apoio social para a resolução da fonte de stress.	Folkman & Moskowitz (2000)  Folkman & Moskowitz (2004)	

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização
<b>H3 – O turismo acessível é um dos recursos de <i>coping</i> mais referenciados pelos sujeitos com incapacidade motora e sensorial;</b>	<i>Coping</i> ou Stress- <i>Coping</i>	Mecanismos ou estratégias desenvolvidas pelo indivíduo no sentido de lidar com o stress ou de se adaptar a situações adversas.	Lazarus (1993)  Antoniazzi, Dell’Aglia & Bandeira (1998)	<b>Focus Group:</b>  <b>Parte E: Questões 2 b) e c)</b>  b) Qual o papel do lazer, se é que existe, na forma como lidam com o stress?  c) Os vossos pensamentos alterar-se-iam, se estivessem a pensar em férias (sozinhos e/ou com outras pessoas)?  Análise Qualitativa } Análise de Conteúdo } <b>Método</b>
	Turismo Acessível	Proposta turística que permita o acesso fácil e autónomo de todas as pessoas, incluindo aquelas com mobilidade condicionada, aos produtos, bens e serviços característicos do turismo, como o alojamento, a alimentação, a informação, o transporte, usufruto de serviços nos monumentos, equipamentos e espaços urbanos, meio edificado, rural ou natural.	UNWTO (2005)  APPTA (2008)  Darcy & Buhalis (2011)	

**Turismo Acessível:**

Recurso de *Coping* para gerir o Stress na Incapacidade

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização
<b>H4 – A participação de pessoas com incapacidade motora e sensorial no turismo acessível tem implicações positivas na socialização, diversão, espiritualidade, rejuvenescimento e utilização de afirmações positivas;</b>	Socialização	Interação social com outros indivíduos ou grupos, nomeadamente amigos, familiares, conhecidos ou outros indivíduos com incapacidade, favorecendo o sentido de pertença a determinado grupo ou o sentimento de suporte, identidade e aceitação social. Trata-se, portanto, do inter-relacionamento que se poderá estabelecer entre diversos indivíduos para a partilha de crenças de valores.	Mactavish & Iwasaki (2005)	<b>Focus Group:</b>  <b>Parte E: Questões 2 a), b) e c)</b>  a) De que forma lidam, habitualmente, com o stress na vossa vida? b) Qual o papel do lazer, se é que existe, na forma como lidam com o stress? c) Os vossos pensamentos alterar-se-iam, se estivessem a pensar em férias (sozinhos e/ou com outras pessoas)?  <b>Parte F: Questão b) e c)</b>  b) Tendo em consideração todas as formas de lidar com o stress de que já falámos, quais consideram mais úteis ou eficazes na vossa vida? c) Existe mais alguma questão relacionada com o stress ou com as formas ou estratégias de lidar com o stress que não tenha sido falada, e da qual gostariam de falar antes de terminarmos?  Análise Qualitativa } <b>Método</b> Análise de Conteúdo }
	Diversão	“Manter-se ocupado”, neste âmbito associado à participação em atividades recreativas com o objetivo de puro divertimento temporário e alívio de pensamentos stressantes.	Mactavish & Iwasaki (2005)	
	Espiritualidade	Afiliação religiosa, prática cultural religiosa (participação regular no culto, oração e estudo bíblico) ou abordagens individuais à fé e meditação.	Mactavish & Iwasaki (2005)	
	Rejuvenescimento	“Renascimento do bem-estar”, neste trabalho, associado à participação em atividades recreativas que impliquem diretamente na gestão do stress, induzindo efeitos positivos no bem-estar percebido dos indivíduos.	Mactavish & Iwasaki (2005)	
	Afirmações Positivas	Estratégias psicológicas de autorreflexão, autoaceitação, autoconfiança e autoaprendizagem.	Mactavish & Iwasaki (2005)	

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização
<b>H5 – As Escalas de <i>Coping</i> através do Lazer (ECL) adequam-se a uma população com incapacidade motora e sensorial, no contexto do turismo acessível;</b>	ECCL – Escala de Crenças de <i>Coping</i> através do Lazer	Instrumento de medida ou avaliação de certezas ou disposições psicológicas estáveis acerca da utilização do lazer como forma de lidar ou gerir o stress.	Iwasaki & Mannell (2000)	Inquérito por Questionário
	EECL – Escala de Estratégias de <i>Coping</i> através do Lazer	Instrumento de medida ou avaliação de situações ou ocorrências específicas desenvolvidas no âmbito do lazer, capazes de ajudar os indivíduos a lidar ou gerir o stress.	Iwasaki & Mannell (2000)	Análise fatorial confirmatória

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização
<b>H6 - A participação no turismo acessível tem um efeito positivo no <i>coping</i> de pessoas com incapacidade motora e sensorial, não só através das crenças, como através das estratégias desenvolvidas;</b>	Crenças de <i>Coping</i> através do Lazer	Crenças generalizadas (certezas ou disposições psicológicas estáveis) de que o lazer ajuda a lidar ou a gerir o stress. Estas crenças desenvolvem-se gradualmente, ao longo do tempo, por meio do processo de socialização, servindo de “tampão” ou moderador ao impacte negativo do stress para a manutenção da boa saúde. Nas crenças desenvolvidas através do lazer incluem-se os constructos “Amizade” e “Autonomia” que potencialmente proporcionam benefícios para a saúde quando os níveis de stress são menos elevados. Por exemplo, uma ocorrência stressante, de um nível pouco elevado, tenderá a ser resolvida por meio de recursos de <i>coping</i> consistentes com a personalidade e pré-disposições dos indivíduos, isto é, através de crenças de <i>coping</i> através do lazer.	Coleman & IsoAhola (1993)  IsoAhola & Park (1996)  Iwasaki & Mannell (2000)	Inquérito por Questionário: <b>EECL</b>
				<b>Método</b>  Análise descritiva ou univariada

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização
<b>H6 - A participação no turismo acessível tem um efeito positivo no <i>coping</i> de pessoas com incapacidade motora e sensorial, não só através das crenças, como através das estratégias desenvolvidas;</b>	Estratégias de <i>coping</i> através do Lazer	Comportamentos ou cognições reais e fundamentadas desenvolvidas pelos indivíduos para aliviar o stress através do envolvimento no lazer. Ou seja, os indivíduos escolhem intencionalmente participar em atividades de lazer com o objetivo de gerar comportamentos ou cognições que os ajudem a lidar com o stress. Conceptualmente, as estratégias de <i>coping</i> são intencionais e aplicam-se a situações específicas da vida dos sujeitos, assumindo-se que variam consoante as circunstâncias especiais de cada ocorrência e sujeito. As estratégias de <i>coping</i> através do lazer refletem, portanto, um processo, servindo de mediação aos impactes negativos causados pelo stress, tendo em vista o bem-estar dos indivíduos. Daí que se incluam neste âmbito os constructos “Companheirismo”, “Estratégia Paliativa” e “Humor Positivo”. Por exemplo, e ao contrário das crenças de <i>coping</i> , as estratégias de <i>coping</i> através do lazer aplicam-se, maioritariamente, a situações de stress de níveis elevados ou fortes.	Iwasaki & Mannell (2000)	Inquérito por Questionário: <b>EECL</b>
				<b>Método</b>  Análise descritiva ou univariada



**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização																																
H7 - A participação no turismo acessível potencia positivamente várias dimensões biopsicossociais do indivíduo com incapacidade motora e sensorial;	Autonomia	Crença de que a participação no lazer potencia o desenvolvimento de características de personalidade que permitem às pessoas lidar, de forma eficaz, com o stress.	Iwasaki & Mannell (2000)	Inquérito por Questionário: ECCL <table><tr><td rowspan="7">Autodeterminação</td><td>Nº</td><td>Item</td></tr><tr><td>eccl2</td><td>O lazer fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade</td></tr><tr><td>eccl5</td><td>No lazer adquiro sentimentos de controlo pessoal</td></tr><tr><td>eccl6</td><td>Sou eu que determino as minhas actividades de lazer</td></tr><tr><td>eccl9</td><td>As minhas actividades de lazer são escolhidas livremente</td></tr><tr><td>eccl17</td><td>Tenho dificuldade em decidir o que fazer nos tempos de lazer</td></tr><tr><td>eccl22</td><td>Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades</td></tr><tr><td>eccl27</td><td>Sou eu próprio/a que decido o que fazer no meu tempo de lazer</td></tr><tr><td rowspan="7">Empowerment</td><td>eccl4</td><td>O meu envolvimento no lazer fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida</td></tr><tr><td>eccl11</td><td>Aquilo que faço no lazer permite que me sinta bem comigo próprio/a</td></tr><tr><td>eccl13</td><td>O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com os problemas</td></tr><tr><td>eccl15</td><td>Nos meus tempos de lazer, sou capaz de exprimir abertamente quem sou</td></tr><tr><td>eccl19</td><td>As coisas que faço no tempo de lazer ajudam-me a ganhar confiança</td></tr><tr><td>eccl26</td><td>A minha participação no lazer fortalece o meu autoconceito</td></tr><tr><td>eccl30</td><td>As oportunidades para me exprimir no lazer fortalecem o meu autoconceito</td></tr></table>	Autodeterminação	Nº	Item	eccl2	O lazer fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade	eccl5	No lazer adquiro sentimentos de controlo pessoal	eccl6	Sou eu que determino as minhas actividades de lazer	eccl9	As minhas actividades de lazer são escolhidas livremente	eccl17	Tenho dificuldade em decidir o que fazer nos tempos de lazer	eccl22	Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades	eccl27	Sou eu próprio/a que decido o que fazer no meu tempo de lazer	Empowerment	eccl4	O meu envolvimento no lazer fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida	eccl11	Aquilo que faço no lazer permite que me sinta bem comigo próprio/a	eccl13	O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com os problemas	eccl15	Nos meus tempos de lazer, sou capaz de exprimir abertamente quem sou	eccl19	As coisas que faço no tempo de lazer ajudam-me a ganhar confiança	eccl26	A minha participação no lazer fortalece o meu autoconceito	eccl30	As oportunidades para me exprimir no lazer fortalecem o meu autoconceito
	Autodeterminação	Nº	Item																																	
		eccl2	O lazer fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade																																	
		eccl5	No lazer adquiro sentimentos de controlo pessoal																																	
		eccl6	Sou eu que determino as minhas actividades de lazer																																	
		eccl9	As minhas actividades de lazer são escolhidas livremente																																	
		eccl17	Tenho dificuldade em decidir o que fazer nos tempos de lazer																																	
		eccl22	Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades																																	
	eccl27	Sou eu próprio/a que decido o que fazer no meu tempo de lazer																																		
	Empowerment	eccl4	O meu envolvimento no lazer fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida																																	
eccl11		Aquilo que faço no lazer permite que me sinta bem comigo próprio/a																																		
eccl13		O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com os problemas																																		
eccl15		Nos meus tempos de lazer, sou capaz de exprimir abertamente quem sou																																		
eccl19		As coisas que faço no tempo de lazer ajudam-me a ganhar confiança																																		
eccl26		A minha participação no lazer fortalece o meu autoconceito																																		
eccl30		As oportunidades para me exprimir no lazer fortalecem o meu autoconceito																																		
Autodeterminação	Perceção de liberdade e autocontrolo aquando da participação em atividades de lazer.	Coleman & IsoAhola (1993) Iwasaki & Mannell (2000)																																		
Empowerment	Certeza ou disposição psicológica proporcionada pelo lazer que oferece oportunidades de autoexpressão, isto é, de dinamização de recursos individuais, com potencial, não só de desafiar as restrições do dia-a-dia, mas também de desenvolver um sentimento valorizado do “Eu”.	Iwasaki & Mannell (2000)																																		

Análise descritiva ou univariada

Análise correlacional

Método

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização		
H7 - A participação no turismo acessível potencia positivamente várias dimensões biopsicossociais do indivíduo com incapacidade motora e sensorial;	Amizade	Crença de que as amizades estabelecidas através do lazer proporcionam apoio emocional e suporte social (de forma percebida), que ajudam a manter a boa saúde sob condições de stress.	IsoAholo & Park (1996)  Iwasaki & Mannell (2000)	Inquérito por Questionário: ECCL		
		Suporte Emocional	Suporte Emocional	Nº	Item	
				eccl17	Os meus companheiros de lazer escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais	
				eccl18	Para mim, o lazer é um meio para desenvolver amizades	
	eccl28			Sinto-me emocionalmente apoiado/a pelos meus companheiros de lazer		
	Autoestima	Autoestima	eccl29	Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de lazer		
			eccl1	Os meus companheiros de lazer ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a		
			eccl10	Os meus companheiros de lazer estimam-me muito		
			eccl21	Sou respeitado/a pelos meus companheiros de lazer		
	Ajuda Tangível	Ajuda Tangível	eccl24	Sinto-me apreciado/a pelos meus companheiros de lazer		
			eccl12	Quando eu preciso de algum objecto, os meus companheiros de lazer emprestam-me		
			eccl14	Se eu preciso de ajuda extra para realizar certas tarefas, posso recorrer aos meus companheiros de lazer		
			eccl16	Os meus companheiros de lazer poderão, se eu precisar, emprestar-me dinheiro		
	Suporte Informativo	Suporte Informativo	eccl25	Muitos dos meus companheiros de lazer ficam satisfeitos por tomar conta da minha casa (apartamento), das crianças ou dos animais domésticos quando eu estou fora		
			eccl3	Os meus companheiros de lazer ajudam-me a decidir o que devo fazer		
			eccl18	Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades		
			eccl20	Os meus companheiros de lazer dão-me, com frequência, informações úteis		
	Suporte Informativo	Suporte Informativo	eccl23	Posso falar com os meus companheiros de lazer quando não tenho a certeza do que devo fazer		
Análise descritiva ou univariada e Análise correlacional						
Método						

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização																																													
H7 - A participação no turismo acessível potencia positivamente várias dimensões biopsicossociais do indivíduo com incapacidade motora e sensorial;	<u>Companheirismo</u>	Experiências de lazer partilhadas, discriçãoárias e agradáveis que oferecem apoio social de forma efetiva ou real.	IsoAhola & Park (1996)  Iwasaki & Mannell (2000)	<div>Inquérito por Questionário: <b>EECL</b></div> <table><thead><tr><th></th><th>Nº</th><th>Item</th></tr></thead><tbody><tr><td rowspan="6">Companheirismo</td><td>eecl2</td><td>O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam</td></tr><tr><td>eecl5</td><td>Socializar através do lazer foi uma maneira de gerir o stress</td></tr><tr><td>eecl7</td><td>Lidei com o stress através dos momentos de lazer que passei com os meus amigos</td></tr><tr><td>eecl8</td><td>Para mim, estar envolvido em lazer social foi uma estratégia para lidar com o stress</td></tr><tr><td>ecc115</td><td>A falta de companheirismo no lazer impediu-me de lidar com o stress</td></tr><tr><td>eecl18</td><td>Uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em actividades de lazer social</td></tr><tr><td rowspan="6">Estratégia Paliativa</td><td>eecl3</td><td>Envolvi-me numa atividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema</td></tr><tr><td>eecl4</td><td>O escape através do lazer foi uma maneira de gerir o stress</td></tr><tr><td>eecl9</td><td>O lazer foi um meio importante para me manter ocupado/a</td></tr><tr><td>eecl11</td><td>O envolvimento no lazer permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas</td></tr><tr><td>eecl14</td><td>Escapar dos problemas através do lazer permitiu-me enfrentá-los com energia renovada</td></tr><tr><td>eecl17</td><td>Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o stress</td></tr><tr><td rowspan="4">Humor Positivo</td><td>eecl1</td><td>O lazer fez com que me sentisse melhor</td></tr><tr><td>eecl6</td><td>O lazer fez-me ter sentimentos positivos</td></tr><tr><td>eecl10</td><td>Eu mantive uma boa disposição nos tempos de lazer</td></tr><tr><td>eecl12</td><td>O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o bom humor</td></tr><tr><td rowspan="2"><u>Humor Positivo</u></td><td rowspan="2">Valorização do humor positivo ou redução do humor negativo por meio do lazer.</td><td rowspan="2">Lazarus (1993)  Hull &amp; Michael (1995)  Iwasaki &amp; Mannell (2000)</td><td>eecl13</td><td>O lazer fez-me sentir triste</td></tr><tr><td>eecl16</td><td>O lazer ajudou-me a gerir os sentimentos negativos</td></tr></tbody></table>		Nº	Item	Companheirismo	eecl2	O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam	eecl5	Socializar através do lazer foi uma maneira de gerir o stress	eecl7	Lidei com o stress através dos momentos de lazer que passei com os meus amigos	eecl8	Para mim, estar envolvido em lazer social foi uma estratégia para lidar com o stress	ecc115	A falta de companheirismo no lazer impediu-me de lidar com o stress	eecl18	Uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em actividades de lazer social	Estratégia Paliativa	eecl3	Envolvi-me numa atividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema	eecl4	O escape através do lazer foi uma maneira de gerir o stress	eecl9	O lazer foi um meio importante para me manter ocupado/a	eecl11	O envolvimento no lazer permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas	eecl14	Escapar dos problemas através do lazer permitiu-me enfrentá-los com energia renovada	eecl17	Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o stress	Humor Positivo	eecl1	O lazer fez com que me sentisse melhor	eecl6	O lazer fez-me ter sentimentos positivos	eecl10	Eu mantive uma boa disposição nos tempos de lazer	eecl12	O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o bom humor	<u>Humor Positivo</u>	Valorização do humor positivo ou redução do humor negativo por meio do lazer.	Lazarus (1993)  Hull & Michael (1995)  Iwasaki & Mannell (2000)	eecl13	O lazer fez-me sentir triste	eecl16	O lazer ajudou-me a gerir os sentimentos negativos
			Nº		Item																																												
	Companheirismo	eecl2	O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam																																														
		eecl5	Socializar através do lazer foi uma maneira de gerir o stress																																														
		eecl7	Lidei com o stress através dos momentos de lazer que passei com os meus amigos																																														
		eecl8	Para mim, estar envolvido em lazer social foi uma estratégia para lidar com o stress																																														
		ecc115	A falta de companheirismo no lazer impediu-me de lidar com o stress																																														
		eecl18	Uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em actividades de lazer social																																														
	Estratégia Paliativa	eecl3	Envolvi-me numa atividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema																																														
		eecl4	O escape através do lazer foi uma maneira de gerir o stress																																														
eecl9		O lazer foi um meio importante para me manter ocupado/a																																															
eecl11		O envolvimento no lazer permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas																																															
eecl14		Escapar dos problemas através do lazer permitiu-me enfrentá-los com energia renovada																																															
eecl17		Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o stress																																															
Humor Positivo	eecl1	O lazer fez com que me sentisse melhor																																															
	eecl6	O lazer fez-me ter sentimentos positivos																																															
	eecl10	Eu mantive uma boa disposição nos tempos de lazer																																															
	eecl12	O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o bom humor																																															
<u>Humor Positivo</u>	Valorização do humor positivo ou redução do humor negativo por meio do lazer.	Lazarus (1993)  Hull & Michael (1995)  Iwasaki & Mannell (2000)	eecl13	O lazer fez-me sentir triste																																													
			eecl16	O lazer ajudou-me a gerir os sentimentos negativos																																													
Análise descritiva ou univariada e Análise correlacional																																																	

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização
<b>H8 – As crenças e estratégias de <i>coping</i> através do lazer variam consoante o tipo de incapacidade e o perfil sociodemográfico e económico dos indivíduos;</b>	Incapacidade motora	Dificuldades em realizar funções motoras, caracterizando-se pela alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano.	OMS (2004)	Inquérito por Questionário: <b>ECCL e EECL</b>
	Incapacidade visual	Constrangimentos de visão que se traduzem pela acuidade visual igual ou menor que 0,05 no melhor olho.	OMS (2004)	
	Incapacidade auditiva	Funcionamento, inferior à média, do aparelho auditivo, podendo dar-se a perda bilateral, parcial ou total de 41 decibéis (dB) ou mais.	OMS (2004)	
	Perfil sociodemográfico	Genericamente, a incapacidade está intimamente relacionada com o envelhecimento populacional, daí que os indivíduos com incapacidade sejam maioritariamente pessoas idosas. Por outro lado, tendem também a ser menos participativas no âmbito social a vários níveis, designadamente na educação, apresentando qualificações débeis e, consequentemente, enfrentando graves limitações e barreiras de acesso aos mais variados quadrantes da sociedade.	OMS (2008) EC (2007) INE (2008)	<b>Método</b> Análise bivariada

**Tabela 16** - Hipóteses de investigação, constructos e operacionalização (continuação)

Hipóteses	Constructos Envolvidos	Definição dos Constructos	Referências Base	Operacionalização
<b>H8 – As crenças e estratégias de <i>coping</i> através do lazer variam consoante o tipo de incapacidade e o perfil sociodemográfico e económico dos indivíduos;</b>	Perfil económico	Sumariamente, a condição económica e de emprego da população com incapacidade é habitualmente inferior à restante maioria, observando-se uma sobrerepresentação destes indivíduos em empregos sem remuneração, nos níveis de rendimento e de salário mais baixos, e no trabalho não-qualificado, ou ainda em situações de emprego protegido.	OMS (2008) EC (2007) INE (2008)	Inquérito por Questionário: <b>ECCL e EECL</b>
				<b>Método</b>
				Análise bivariada
<b>H9 - O stress-coping reequilibra e harmoniza os recursos da população com incapacidade motora e sensorial, influenciando positivamente o seu bem-estar global.</b>	Bem-estar	Estado de preservação ou promoção da saúde, harmonizando corpo, pensamento e espírito, pressupondo elementos fundamentais como a responsabilidade por si próprio, cuidados com o corpo e beleza física, nutrição e dieta, relaxe ( <i>destress</i> ), atividade mental e educação, sensibilidade ambiental e contacto social.	Mueller & Kaufmann (2001) Barre, Barre & Taggart (2005) Brown & Hall (2005)	Inquérito por Questionário: <b>ECCL e EECL</b>
				<b>Método</b>
				Análise correlacional

O modelo conceptual em análise, alicerçado na recolha e estudo bibliográfico realizado e apresentado ao longo da Parte I – Enquadramento Teórico, parte do pressuposto que as circunstâncias indutoras de stress no indivíduo com incapacidade são diferentes da restante população. Logo, a forma como este indivíduo irá lidar com o stress será, à partida, igualmente distinta. Daí, que se suponha que as estratégias de *coping* utilizadas sejam distintas, conjecturando-se que as mais aplicadas por este público sejam as estratégias interacionistas, já que estas combinam os fundamentos das estratégias focadas no problema e na emoção propostas por Lazarus & Folkman (1984), baseando-se na interação social, que tal como já foi referido no âmbito do Capítulo II, apresenta uma das necessidades sentidas com maior intensidade por parte dos indivíduos com incapacidade, devido à perpetuação de barreiras ou constrangimentos de participação ativa em sociedade (Harris & Enfield, 2003; Organização Mundial de Saúde, 2004). Neste contexto, estabelecem-se as seguintes hipóteses:

H1 - As circunstâncias indutoras de stress no indivíduo com incapacidade motora e sensorial influenciam positivamente a procura ativa de estratégias de *coping*;

H2 - O indivíduo com incapacidade motora e sensorial recorre com maior frequência a estratégias de *coping* interacionistas, em detrimento de outras estratégias de *coping* focadas na emoção ou no problema;

Admitindo-se que dessas estratégias interacionistas, o turismo acessível sobressai como escolha estratégica consistente, julga-se que os benefícios percecionados poderão ser nos âmbitos da socialização, diversão, espiritualidade, rejuvenescimento e utilização de afirmações positivas (Mactavish & Iwasaki, 2005), o que possibilita formular as hipóteses abaixo:

H3 – O turismo acessível é um dos recursos de *coping* mais referenciados pelos sujeitos com incapacidade motora e sensorial;

H4 – A participação de pessoas com incapacidade motora e sensorial no turismo acessível tem implicações positivas na socialização, diversão, espiritualidade, rejuvenescimento e utilização de afirmações positivas;

Através da Tabela 16 (pp. 182 a 185), observa-se que a operacionalização destas hipóteses (H1, H2, H3 e H4) será realizada por meio de uma metodologia qualitativa, aplicando-se a técnica de *focus groups*. Neste contexto, é ainda importante sublinhar que o guião utilizado nos *focus groups* prevê duas questões abertas para testar a hipótese 3 (H3), designadamente “De que forma ou que coisas fazem ou utilizam para lidar com o stress?” e “De que forma lidam, habitualmente, com o stress na vossa vida?” (ver Apêndice II).

Simultaneamente, sabendo que Iwasaki & Mannell (2000) propõem subdimensões hierárquicas de análise do stress-*coping* através do lazer, pensou-se que poderia ser uma mais valia científica

aplicar este conhecimento e testar os instrumentos criados para o efeito na população com incapacidade no contexto do turismo acessível, daí que se tenha criado a hipótese subsequente:

**H5** – As Escalas de *Coping* através do Lazer (ECL) adequam-se a uma população com incapacidade motora e sensorial, no contexto do turismo acessível;

Por sua vez, os benefícios advindos da participação no turismo acessível serão passíveis de alimentar crenças e estratégias de *coping*. Sabendo que as crenças de *coping* através do lazer, proporcionam sentimentos de Autonomia e a promoção da Amizade, e que as estratégias de *coping* através do lazer, promovem o Companheirismo, Estratégias Paliativas e ainda influenciam o Humor Positivo, será legítimo pensar-se que quer as crenças, quer as estratégias, poderão contribuir para o stress-*coping* do indivíduo com incapacidade. Deste modo, propõe-se debater as hipóteses:

**H6** - A participação no turismo acessível tem um efeito positivo no *coping* de pessoas com incapacidade motora e sensorial, não só através das crenças, como através das estratégias desenvolvidas;

Ao mesmo tempo, esse efeito positivo, ou sensação de “poder interior” proporcionada pela participação no turismo acessível, conduz à possibilidade de ponderar o turismo como um eficaz recurso de stress-*coping* para a população com incapacidade. Assim, é importante compreender as características intrínsecas e distintivas desta população especial e perceber como poderá o turismo funcionar como instrumento propulsor do seu bem-estar global. Neste caso, sugerem-se as hipóteses seguintes:

**H7** - A participação no turismo acessível potencia positivamente várias dimensões biopsicossociais do indivíduo com incapacidade motora e sensorial;

**H8** – As crenças e estratégias de *coping* através do lazer variam consoante o tipo de incapacidade e o perfil sociodemográfico e económico dos indivíduos;

**H9** - O stress-*coping* reequilibra e harmoniza os recursos da população com incapacidade motora e sensorial, influenciando positivamente o seu bem-estar global.

Crê-se que o modelo conceptual e hipóteses descritas servem de orientação para o entendimento do trabalho em apreço, explicitando-se no ponto seguinte as decisões tomadas relativamente ao processo de amostragem.

## 6.4 População alvo e amostra

De acordo com Quivy (2005) chama-se “população” à totalidade dos elementos ou unidades constitutivas do conjunto considerado, podendo designar um conjunto de pessoas, organizações ou objetos. Contudo, “uma vez delimitada uma população, nem sempre é possível, ou sequer útil, reunir informações sobre cada uma das unidades que a compõem” (Quivy, 2005: 159). Desta maneira, a utilização de uma amostra na medida do possível representativa é a solução, já que poupa tempo e esforço, facilitando a obtenção de resultados consistentes e imparciais acerca da população que se pretende estudar (Veal, 2006).

A amostra é, assim, um conjunto de participantes ou elementos selecionados a partir de uma população (Veal, 2006), composto a partir de técnicas ou métodos de amostragem probabilística (aleatória), não probabilística (não aleatória) ou intencional (de conveniência). A amostragem probabilística é, habitualmente, a mais recomendada no âmbito de investigações quantitativas, enquanto que as amostragens não probabilísticas e intencionais são, regularmente, aplicáveis em estudos qualitativos, de pequena escala e em profundidade. No caso específico das investigações em turismo, o processo de amostragem probabilístico é, de facto, o mais aconselhado, já que imprime representatividade e confiança à amostra, permitindo extrapolações para a população geral, contudo, este processo é, muitas vezes, dificultado pela ausência de informação acerca da população em estudo, pelo que a amostragem intencional ou de conveniência consoante o âmbito, objetivos e recursos disponíveis para a investigação, seja igualmente pertinente e viável (Yin, 2011).

No que concerne a população em estudo, selecionou-se para o desenvolvimento desta investigação a população com incapacidade motora e sensorial, excluindo a incapacidade mental, devido à complexidade dos instrumentos de medida a aplicar, que exigiriam aptidões e capacidades cognitivas dificilmente alcançáveis com este público, bem como devido à carência de instrumentos apropriados ou adaptados à incapacidade mental. A inclusão dos indivíduos com incapacidade mental no presente estudo diminuiria bastante a garantia de fidelidade dos dados recolhidos, já que as dificuldades de recolha de dados aumentam quando os conceitos de stress se consideram no contexto de subgrupos especiais da população (Bramston & Fogarty, 1995).

Assim, sendo a população-alvo da presente investigação, a população com incapacidade motora e sensorial que já tenha participado nalgum tipo de atividade turística, parte integrante de um universo com características específicas pouco estudadas, não existindo registos, bases de dados, ou um quadro de amostragem definido que permita retirar uma amostra aleatória, decidiu-se optar pela aplicação de uma amostragem não probabilística. Por outro lado, reforçando esta ideia, há que sublinhar o facto da população com incapacidade ser considerada uma população de difícil acesso, fundamentalmente por duas razões principais. A primeira prende-se com os pouco elevados níveis educacionais e literários observados nesta população (Casas, 2005; Gonçalves,



2003), que condicionam significativamente o interesse e a participação voluntária dos indivíduos num estudo acerca de uma temática, algo complexa e do domínio da abstração cognitiva. A segunda razão, está relacionada com a quantidade de solicitações e pedidos de participação em estudos, experiências ou ensaios a que estes indivíduos têm vindo a ser sujeitos nos últimos anos, o que induz os sujeitos à saturação e, conseqüentemente, inibindo a sua participação como elementos amostrais.

Nesta linha de pensamento, Patton (2002) refere que apesar da existência de diferentes técnicas, estas não são mutuamente exclusivas, sublinhando que a técnica de amostragem utilizada na investigação deve ser flexível e adequar-se às suas questões de investigação, objetivos, recursos disponíveis e dificuldades encaradas no terreno. Neste sentido, considerando a população (de difícil acesso), hipóteses e objetivos de investigação descritos anteriormente, optou-se, então, por uma amostragem intencional ou de conveniência do tipo “Bola de Neve”.

A técnica de amostragem do tipo “Bola de Neve” foi utilizada devido à especificidade da amostra em estudo, consistindo no contacto inicial com alguns elementos da população-alvo, neste caso, na sua audiência em *focus groups*, para se conseguir a indicação de outros possíveis participantes no estudo com as mesmas características ou com as características requeridas pelo estudo, fomentando potenciais redes de contactos formais e informais. Deste modo, realizaram-se três *focus groups*: (i) um com seis indivíduos com incapacidade motora, (ii) outro com seis sujeitos com incapacidade visual e (iii) ainda outro com sete pessoas com incapacidade auditiva, a partir dos quais se solicitaram contactos e divulgação da investigação junto de conhecidos com incapacidade e de instituições ou organizações de apoio à incapacidade. Estes participantes recomendaram o estudo a outros e esses a outros ainda, tal como comprovam as publicações on-line do questionário aplicado em sites de associações de incapacidade e blogs de discussão ligados à incapacidade, apresentados no Anexo A.

Por fim, o tamanho da amostra não foi estabelecido *a priori*, pelos motivos já mencionados (caraterísticas especiais e inexistência de informação aprofundada e fidedigna acerca da população em estudo), mas por constrangimentos de recursos, sobretudo de tempo e possibilidade de deslocações, determinando-se que o esforço de recolha terminaria quando se obtivesse um mínimo de 300 respostas válidas. Desta forma, conseguiram-se 306 respostas válidas aos questionários aplicados, obtendo-se uma amostra, cujas caraterísticas globais se apresentam resumidamente na Tabela 17.

**Tabela 17** – Caraterísticas genéricas da Amostra

Indicadores	Valores
<b>Idade</b>	
<b>média</b>	35,6 anos
<b>intervalo mais representativo</b>	[25-44] anos
<b>Género</b>	
<b>masculino</b>	56,2%
<b>feminino</b>	43,5%
<b>Tipo de Incapacidade</b>	
<b>motora</b>	66,0%
<b>auditiva</b>	15,7%
<b>visual</b>	14,4%
<b>outro tipo</b>	3,6%

Neste âmbito, será ainda importante sublinhar que 83,7% dos inquiridos consideram possuir um problema incapacitante grave, sendo que 34,3% afirma ter um grau de mobilidade reduzido e 21,6%, muito reduzido.

## 6.5 Desenho da investigação

Desde logo se percebeu a complexidade e amplitude da temática em estudo e a escassa investigação em Portugal, tal como se deu conta no âmbito da primeira parte deste trabalho, cujo compêndio incidiu sobre a utilização de dados secundários. Recorreu-se, portanto, a livros e monografias das áreas do turismo, psicologia, sociologia, reabilitação e do comportamento do consumidor com incapacidade, bem como a publicações científicas especializadas nas áreas científicas da investigação, tais como a *Annals of Tourism Research*, *Tourism Management*, *Leisure Sciences*, *Journal of Leisure Research*, entre outras, disponíveis em bases de dados científicas como a *Proquest*, *B-On* e *Science Direct*. Complementarmente, recolheram-se ainda relatórios, estudos e dados estatísticos relacionados com a problemática em análise no sentido de localizar e obter, da forma mais completa possível, a fundamentação teórica base para o desenrolar do estudo empírico. Ora, estes dados secundários, registos ou documentos escritos e eletrónicos diversos, foram utilizados com o intuito de compreender o fenómeno em estudo (Creswell, 2009) e preparar a recolha de informações mais aprofundadas, designadamente dados

primários, devido à sua complexidade. Neste contexto, apresentam-se no ponto seguinte os procedimentos adotados nessa recolha.

### 6.5.1 Etapas

Considerando a complexidade da temática em estudo, tal como já referido, decidiu-se realizar um estudo qualitativo, junto de indivíduos com características representativas de cada tipo de incapacidade em análise: motora e sensorial, com o objetivo de explorar ideias e percepções, identificando padrões gerais e relações entre fenómenos e dimensões. Optou-se, assim, pela realização de *focus groups*, tal como já foi referido anteriormente, pois estes constituem uma valiosa técnica de exploração e obtenção de informação qualitativa, de forma aprofundada e detalhada, para além de acrescentarem o benefício proporcionado pela dinâmica de grupo.

Os *focus groups* foram realizados entre fevereiro e março de 2012 por meio de muita persistência e tenacidade nos contactos prévios, maioritariamente via email e telefone, com variadas instituições ou organizações de apoio à incapacidade. As autorizações e apoio à iniciativa foram concedidas pela ARCIL (Associação de Recuperação dos Cidadãos Inadaptados da Lousã) para a realização do grupo de discussão com sujeitos detentores de algum tipo de incapacidade motora, pela ACAPO (Associação dos Cegos e Amblíopes de Portugal – Delegação de Coimbra) para a execução do *focus group* com indivíduos cegos ou com incapacidade visual, e pela ESEC (Escola Superior de Educação de Coimbra) para a efetivação do grupo de discussão com pessoas surdas ou com incapacidade auditiva.

Em resumo, a técnica de *focus group* no âmbito do estudo qualitativo foi muito importante já que permitiu que os participantes descrevessem as suas experiências pessoais, obtendo-se informação útil que não se conseguiria observar diretamente (quando acontece efetivamente) (Creswell, 2009). No entanto, é importante sublinhar que os resultados não podem ser generalizados a toda a população, representando apenas a forma como determinado grupo de pessoas pensa e percebe determinado tema. Daí, que se tenha decidido desenvolver também um inquérito por questionário, no sentido de complementar a informação recolhida e para atingir os objetivos e hipóteses de investigação propostas.

Os questionários, que contemplavam a adaptação das ECCL e EECL, foram aplicados durante um período de 4 meses, de junho a setembro de 2012, através de dois meios primordiais: presencialmente (através da própria investigadora) ou eletronicamente, para a exclusiva conveniência do respondente, tendo-se aferido, inclusivamente, a necessidade de adaptar o questionário para preenchimento virtual no caso específico dos respondentes com incapacidade visual (ver Anexo D). O período de aplicação foi selecionado, não só devido a questões de

disponibilidade de tempo, mas, igualmente, com a intenção de obter respostas em que a experiência turística tivesse sido recente, evitando o enviesamento de respostas.

Desta maneira, através dos contactos estabelecidos com os elementos dos *focus groups*, desencadearam-se outros contactos que permitiram à investigadora frequentar outras instituições, organizações e associações de incapacidade, bem como participar em eventos direccionados para esta população, permitindo a aplicação direta dos questionários. O procedimento de aplicação consistia na explicação dos objetivos do estudo, convidando o interlocutor a responder, esclarecendo acerca da confidencialidade dos resultados, sendo que o documento de questionário era sempre preenchido pela investigadora, que se encontrava ao dispor para o esclarecimento de quaisquer dúvidas. Este processo transmitia segurança e confiança aos participantes, garantindo-lhes conhecimento acerca do tópico investigado, e assegurando a autenticidade das suas respostas.

Resumindo, os dados recolhidos através dos *focus groups* permitiram recolher informação qualitativa para dar resposta às hipóteses H1, H2, H3 e H4, enquanto que o inquérito por questionário possibilitou o levantamento de informação quantitativa que conduziu à compreensão das restantes hipóteses H5, H6, H7, H8, sendo que a integração dos dois estudos permite responder à hipótese H9. Este estudo permitiu, assim, vislumbrar o “cenário” global do fenómeno em investigação, através da utilização de múltiplas fontes de dados, o que implicou bastante dispêndio de tempo e um intensivo trabalho de campo, que por sua vez, possibilitou a obtenção de muita e variada informação, só possível através dos instrumentos de avaliação adequados, tal como se pretende explicar no ponto subsequente.

### 6.5.2 Instrumentos de avaliação

Com o intuito de credibilizar e manter a qualidade de qualquer estudo empírico, o investigador deverá garantir um levantamento exaustivo de documentação fidedigna, realizar pesquisas de forma metódica e alicerçar as suas propostas de investigação num conjunto explícito de provas (Yin, 2011). Neste sentido, para além da revisão aprofundada da literatura realizada ao longo da primeira parte deste trabalho e da recolha de dados secundários (outros estudos, documentos electrónicos, entre outros), investiu-se simultaneamente na recolha de dados primários através de uma pesquisa de campo.

Como suporte à tomada de decisão ao nível da escolha da metodologia e dos instrumentos de avaliação a aplicar, utilizou-se a revisão dos estudos que cruzam as variáveis stress, *coping*, lazer e incapacidade (Capítulo V). Assim, verificou-se que a grande maioria dos estudos observados usou uma metodologia quantitativa, o que, desde logo, sugeriu a sua utilização nesta investigação. Mas, por outro lado, a metodologia qualitativa, especificamente através da técnica de *focus*

*groups*, quando utilizada por alguns autores, revelou ser bastante profícua em termos de resultados. Neste contexto, decidiu-se que a metodologia mista seria a mais indicada, seguindo-se, por um lado, a linha metodológica quantitativa dos autores da área científica do *stress-coping* e, por outro, apostando-se numa abordagem menos usual, a qualitativa. Paralelamente, esta revisão permitiu, ainda, perceber que os constructos em estudo envolvem uma grande complexidade e, por isso, a partir de uma análise comparativa entre estudos, foi possível apurar quais os instrumentos mais adequados aos objetivos da presente investigação.

Assim, a referida pesquisa de campo, desenvolveu-se em duas fases, tal como sugere o modelo conceptual apresentado no ponto 6.3. Numa primeira fase, recolheram-se dados primários, no desenrolar de um estudo qualitativo através da aplicação de *focus groups* para cada tipo de incapacidade em análise, através de um guião devidamente traduzido e adaptado a partir de Mactavish & Iwasaki (2005) e Iwasaki, Y., MacTavish, J., & MacKay, K. (2005) (ver Anexo B). Numa segunda fase, procedeu-se à recolha de dados primários quantitativos por meio da aplicação de inquéritos por questionário a pessoas com incapacidade motora e sensorial. Este questionário consistiu na adaptação de duas escalas já testadas e validadas por Iwasaki & Mannell (2000) e traduzidas para português por Santos, et al. (2003) - a Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer (ECCL) e a Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer (EECL), introduzindo duas inovações: a sua aplicação à população com incapacidade motora e sensorial, no contexto do turismo.

Em suma, o estudo de campo concretizou-se através de duas técnicas de avaliação essenciais que se descrevem pormenorizadamente nos pontos seguintes.

#### 6.5.2.1 *Focus groups*

Na presente investigação, utilizou-se a análise qualitativa com o objetivo de recolher informações acerca dos comportamentos e atividades de *coping* que pudessem ajudar a compreender o papel do turismo no contexto do fenómeno de stress para um segmento populacional da sociedade especial: indivíduos com incapacidade motora e sensorial, procurando-se dar resposta às hipóteses de investigação H1, H2, H3 e H4. Desta maneira, optou-se por aplicar a técnica de *focus groups*, comprovada como efetiva na obtenção de informação em profundidade acerca dos conceitos em discussão e no conhecimento das experiências dos indivíduos (Iwasaki et al., 2005).

Os *focus groups*, contrariamente a outros instrumentos dirigidos e controladas por medidas preestabelecidas, proporcionam aos participantes a oportunidade de se expressarem, pelas suas próprias palavras, através de um processo aberto e flexível (Iwasaki et al., 2005). Assim, tendo em consideração os seus atributos, verificou-se que os *focus groups* seriam os instrumentos mais adequados ao presente estudo.

Neste sentido, desenvolveu-se um estudo qualitativo com a realização de três *focus groups*, e tal como já referido no ponto 6.4 (relativo à população alvo e amostra), cada um deles incidindo sobre uma amostra escolhida segundo uma tipologia de incapacidade específica: motora, visual e auditiva.

A realização dos *focus groups* implicou a utilização de um guião, devidamente traduzido e adaptado a partir de Mactavish & Iwasaki (2005) e Iwasaki, Y., MacTavish, J., & MacKay, K. (2005) que se apresenta no Anexo B, e todas as sessões de *focus groups* foram realizadas com a presença de um moderador (a própria investigadora), com o intuito de facilitar a discussão, permitindo que todos partilhassem as suas opiniões e experiências. As referidas sessões decorreram, portanto, num ambiente informal e de descontração, como é requerido na aplicação desta técnica (Creswell, 2011), tendo sido ainda objeto de gravação áudio, não esquecendo a obtenção prévia do consentimento e autorização dos participantes para esse procedimento.

#### 6.5.2.2 Escalas de *coping* através do lazer (ECL)

Considerando que as pessoas desenvolvem ações de *coping* em resposta a situações ou eventos de vida stressantes e que essas ações se desencadeiam ou desenvolvem de acordo com um processo (Iwasaki & Mannell, 2000), afigura-se fulcral compreender o papel do lazer, neste caso, do turismo nesse sistema. Iwasaki & Mannell (2000) propõem que o lazer funcione como uma espécie de mediador ou atenuador do efeito do stress na saúde dos indivíduos. Daí que se afigure interessante ponderar se o turismo poderá também despoletar os mesmos efeitos, tal como se apresenta na Figura 13.



**Figura 13** - O papel do turismo no processo de stress

**Fonte:** Elaborado com base em Iwasaki & Mannell (2000)

Nesta linha de pensamento, os mesmos autores, sugerem ainda que as dimensões de *coping* através do lazer se subdividem em crenças de *coping* através do lazer e em estratégias de *coping* através do lazer. Esta subdivisão é a forma de prever e explicar, de forma efetiva, como é que o lazer pode ajudar os indivíduos a lidar com o stress, neste caso, como o turismo poderá servir de recurso de *coping*. Desta maneira, quando uma situação de stress influencia a vida do sujeito de forma ligeira ou moderada, este, tendencialmente, desencadeia ações consistentes com a sua

personalidade e caráter, podendo desenvolver crenças de *coping* através do lazer. Por exemplo, no âmbito de uma viagem turística o indivíduo refugiar-se-á em comportamentos consistentes com a sua personalidade, tais como ler ou fotografar se for alguém introvertido. Por outro lado, quando as ocorrências de stress se repercutem intensamente na vida do sujeito, este reagirá, potencialmente, através de ações estratégicas de *coping*. Ou seja, numa situação limite de stress, em que o indivíduo tenha sido obrigado a trabalhar consecutivamente sozinho durante vários dias, mesmo um indivíduo introvertido, poderá impelir-se para promover situações de socialização (Iwasaki & Mannell, 2000), tais como atividades turísticas.

Assim sendo, as Escalas de *Coping* através do Lazer (ECL), permitirão aferir em que moldes o turismo poderá assumir-se como um “amortecedor” ou moderador de stress quando os indivíduos desencadeiam crenças de *coping* através do lazer, ou como um recurso ou mediador de stress quando os sujeitos desenvolvem estratégias de *coping* através do lazer. Neste contexto, adaptaram-se na presente investigação a Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer (ECCL) e a Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer (EECL), criadas, testadas e validadas por Iwasaki & Mannell (2000), com o intuito de responder às hipóteses de investigação H5, H6, H7, H8 e H9.

Estes instrumentos ajudam ainda a compreender os *outputs* gerados pela participação no lazer, organizando-os hierarquicamente em subdimensões, que por sua vez, darão origem a subcomponentes. A ECCL (original) é constituída por 30 itens que agrupam as subdimensões de Autonomia (subcomponentes: Autodeterminação e *Empowerment*) e Amizade (subcomponentes: Suporte Emocional, Autoestima, Ajuda Tangível, Suporte Informativo), enquanto a EECL (original) é constituída por apenas 18 itens que reúnem exclusivamente as subdimensões de Companheirismo, Estratégia Paliativa e influência no Humor Positivo.

Ambas as escalas (ECCL e EECL) já haviam sido discutidas por especialistas e traduzidas para português por Santos, et al., (2003), tendo sido testadas e aplicadas numa amostra formada por estudantes de instituições de ensino superior. Desta forma, decidiu-se contactar os autores do estudo mencionado, que prontamente facilitaram o acesso às escalas devidamente traduzidas. De acordo com estes autores, será ainda importante ressaltar que no final da tradução se manteve o número de itens em cada escala, devendo o respondente utilizar uma escala do tipo Likert de 1 a 5 (1, não concordo; 2, concordo pouco; 3, concordo moderadamente; 4, concordo muito; 5, concordo muitíssimo), não esquecendo que os itens 13, 17, 22 e 29 da ECCL e os itens 12, 13 e 15 da EECL, são de resposta invertida.

Para a adaptação das ECL acrescentaram-se algumas questões introdutórias relacionadas com o turismo, sublinhando-se no próprio questionário que as perguntas apresentadas eram destinadas “a avaliar as opiniões dos indivíduos no contexto da atividade turística, ou seja, quando está de férias, fora do seu local habitual de residência por um período superior a vinte e quatro horas” e ainda uma nota acerca da designação “Companheiros de Lazer” que no seu preenchimento dizia

respeito às “pessoas com as quais costuma passar férias” (ver Anexo C). A este nível, introduziu-se ainda a questão “Quem são os seus Companheiros de Lazer?”, podendo os respondentes selecionar as seguintes opções: “não tenho Companheiros de Lazer”, “desconhecidos com quem estabeleço amizade durante as férias”, “amigos com incapacidade”, “amigos sem incapacidade” (ou ambos) e “família”.

As questões introdutórias interrogam os indivíduos acerca da atividade turística mais marcante ou mais prazerosa realizada durante a sua última viagem ou férias, fora do seu local de residência, solicitando-se o nível de satisfação com essa atividade. Seguidamente, pede-se aos inquiridos que assinalem há quanto tempo realizaram essa atividade, excluindo-se automaticamente, todos aqueles que assinalem a opção “mais de um ano”, já que se pretende que os sujeitos tenham a experiência da participação turística bem presente na sua memória, para o preenchimento do restante questionário. Neste contexto, impõe-se compreender que análises foram realizadas a partir da informação recolhida em ambos os estudos, tal como se pretende descrever no ponto seguinte.

## 6.6 Análise de dados

Depois de determinada a problemática de investigação, definidos os objetivos de estudo, estruturado o modelo conceptual, delimitada a amostra, estabelecidos os instrumentos de avaliação e descritos os procedimentos utilizados, resta apenas relatar as linhas orientadoras de estudo e análise dos dados e informações recolhidas que servem de suporte à apresentação e discussão de resultados do próximo capítulo – Capítulo VII.

Assim, e tal como já foi referido, optou-se por uma metodologia mista, o que conduz inevitavelmente, a processos de análise qualitativa que representa várias e distintas práticas e paradigmas interpretativos, tal como se descreve no ponto 6.6.1, e a métodos de análise quantitativa que exigem regras únicas e consensualmente aceites, como se pretende demonstrar no ponto 6.6.2.

### 6.6.1 Qualitativa

A análise qualitativa tem características especiais, já que decorre de um processo indutivo (parte do particular para o geral), interativo (recolha e análise de dados ocorrem em simultâneo) e individual (é efetuada uma análise de cada vez) (Creswell, 2009). Considerando estas características e a necessidade de avaliação de significados, pensamentos, opiniões, emoções e opções no âmbito



do estudo qualitativo da presente investigação, decidiu-se que a técnica de *focus groups* através da análise metodológica qualitativa seria a mais adequada.

Assim, seguiu-se a linha de pensamento de Creswell (2009), assumindo-se que a análise de dados qualitativos se desenvolve de acordo com seis fases, nem sempre sequenciais: (i) preparação e organização dos dados recolhidos, (ii) exploração dos dados durante o processo de codificação, (iii) utilização de códigos para a compreensão dos dados recolhidos, (iv) apresentação dos resultados em diferentes formatos: texto, esquemas ou imagens, (v) interpretação dos resultados obtidos, (vi) desenvolvimento de estratégias de validação dos resultados.

O guião dos *focus groups*, tal como já foi sublinhado no ponto 6.5.1, foi devidamente traduzido e adaptado a partir de Mactavish & Iwasaki (2005) e Iwasaki, Y., MacTavish, J., & MacKay, K. (2005), dividindo-se em seis partes (ver Anexo B): A. Comentários iniciais (boas vindas, objetivos do estudo, e princípios éticos adotados); B. Questões de abertura (apresentação individual dos participantes); C. Questões introdutórias (o significado do stress para cada participante); D. Questões transitórias (formas de encarar o stress, positiva ou negativamente), E. Questões-Chave (fontes de stress, ações de *coping*, o lazer/ turismo como recurso de stress-*coping*); F. Questões finais (maior fonte de stress, melhor ação de *coping*).

Realizaram-se três audiências por tipo de incapacidade (motora, visual e auditiva), sendo que todas foram gravadas em formato áudio, por forma a permitir a sua transcrição detalhada, com o mínimo de perda de informação possível. A tarefa de transcrição é extremamente morosa e apesar de existirem variados sistemas de transcrição disponíveis, ainda não foi estabelecida uma norma consensual (Flick, 2009). Assim, registou-se cada audiência com o maior rigor possível, tentando-se ser fiel ao que cada participante pretendia transmitir.

Posto isto, procedeu-se à análise de conteúdo das transcrições efetuadas, desenvolvendo-se um processo de codificação e categorização das intervenções dos participantes nos *focus groups*, procurando-se, desta maneira, sistematizar os dados e informações recolhidas. A análise de conteúdo foi, então, a técnica eleita para examinar os dados não numéricos e não estruturados, de forma metódica e sistemática.

A codificação e categorização dos dados foram realizadas de acordo com informação emergente da recolha, ou seja, atendeu-se aos relatos verbais transcritos, categorizando-os tematicamente, segundo as frases ou palavras mais referidas. Esta técnica implicou uma análise de cada participante nos *focus groups* individualmente (*within-case analysis*), numa busca meticulosa de padrões ou semelhanças entre os vários casos analisados (Eisenhardt, 1989). Dey (1993) ressalta que a categorização de dados promove a possibilidade de realização de comparações e análises de similaridade e de diferenças, e, foi este o caminho percorrido. Ou seja, efetuou-se uma análise comparativa entre as observações categorizadas, identificando-se consistências e contradições (padrões) entre os variados discursos e os diferentes grupos em análise (McCracken, 1988), não

esquecendo a sua ponderação com a revisão da literatura realizada, isto é, não esquecendo a utilização de processos de triangulação.

Em suma, a análise de conteúdo desenvolvida permitiu aplicar um esquema de codificação que, por sua vez, possibilitou a articulação de diferentes padrões e, assim, retirar importantes conclusões para a prossecução do estudo empírico. Será ainda relevante destacar que a referida análise qualitativa foi efetuada de forma sofisticada e sistemática com o apoio do *software* português WebQDA.

### 6.6.2 Quantitativa

O inquérito por questionário aplicado ao longo da presente investigação é uma técnica relativamente rígida de recolha de informação, já que tem como principal finalidade a standardização da informação e respetiva análise quantitativa. Neste sentido, e tal como já foi referido, o questionário aplicado representava a adequação de duas escalas, a ECCL e a EECL, tendo em consideração o contexto do turismo acessível e a população com incapacidade motora e sensorial, incluindo essencialmente as chamadas questões fechadas, ou seja, questões que incluem a pergunta e alternativas de resposta a serem escolhidas pelos inquiridos, consoante as suas situações, opiniões ou preferências, particularmente através de escolhas de medição de comportamentos e emoções, por meio de graduações do tipo Likert (1, não concordo a 5, concordo muitíssimo).

Tendo como ponto de partida o modelo de interpretação e análise de Iwasaki & Mannell (2000), inicialmente, foi inspecionada a adequação e ajuste das escalas aplicadas, através do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* entre as diversas dimensões de *coping*, e foram calculados os coeficientes *Alpha de Cronbach*.

De seguida e ao contrário do que é habitual em estudos que propõem a validação de escalas inovadoras, realizou-se uma análise fatorial confirmatória, em vez de uma análise fatorial exploratória, no sentido de testar os constructos do modelo de interpretação proposto. Por meio deste procedimento, verificou-se que algumas variáveis não apresentavam valores satisfatórios, determinando-se a eliminação de alguns itens das estruturas originais das ECL, apurando-se as novas escalas ajustadas ao contexto do turismo acessível para a população com incapacidade motora e sensorial, as quais denominámos ECL-TA (Escala de *Coping* através do Lazer em contexto do Turismo Acessível). No caso da presente investigação, em que se optou pela adaptação de instrumentos de avaliação, mostrou-se mais pertinente proceder ao seu ajuste e legitimação em primeiro lugar, para, a partir daí se conseguir analisar apenas os resultados das escalas adequadas ao contexto e população em estudo: as ECL-TA.

O inquérito realizado contribuiu, efetivamente, para a compreensão mais aprofundada do fenómeno em estudo. E, depois de esclarecido o formato de manipulação da base de dados e a adaptação das ECL à população com incapacidade no contexto do turismo, através da análise factorial confirmatória, verificando-se a aplicabilidade das dimensões biopsicossociais sugeridas nas ECL-TA na aptidão em lidar com o stress para a população em estudo no âmbito da atividade turística.

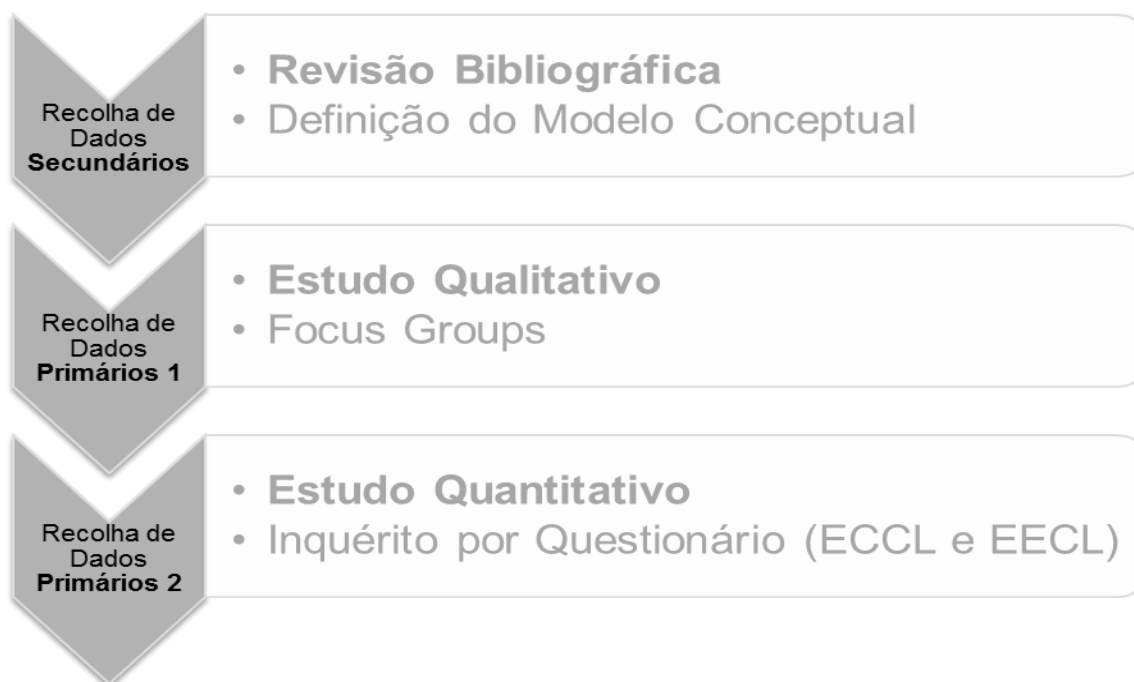
Desta forma, a caracterização da amostra e das informações genéricas acerca das crenças e estratégias de *coping* no contexto do turismo para a população com incapacidade foi efetuada recorrendo a uma análise univariada de frequências e de estatísticas descritivas. Por seu turno, a verificação do inter-relacionamento entre as diferentes variáveis influenciadoras dessas ações de *coping* (crenças e estratégias) foi realizada através da análise correlacional e foram utilizados testes de associação de variáveis (correlações). Por último, realizou-se o cruzamento de tipos de incapacidade e características sociodemográficas da população com incapacidade com as crenças e estratégias de *coping*, averiguando-se o seu relacionamento recorrendo a análises bivariadas como, por exemplo, ao teste não paramétrico de *Mann-Whitney U* (nos casos em que as variáveis não cumpriam os pressupostos do Teste *t*).

A avaliação de frequências e estatísticas descritivas, os testes de normalidade e as análises univariadas e bivariadas foram realizada através do software informático SPSS, enquanto a análise factorial confirmatória foi conseguida através do software informático LISREL.

## 6.7 Síntese conclusiva

A prossecução dos objetivos e hipóteses de investigação que regem o presente estudo, implicam uma abordagem abrangente e metodologias alargadas para a sua compreensão e análise. Neste sentido, realizou-se uma revisão da bibliografia relevante sobre a matéria, recorrendo-se a variados e distintos dados secundários, e, simultaneamente, foi levada a cabo uma importante e extensiva pesquisa de campo com a ambição de recolher dados primários válidos e fiáveis.

Deste modo, verificou-se que a metodologia mista seria a mais adequada ao fenómeno em estudo, iniciando-se a pesquisa de campo com uma abordagem qualitativa via *focus-groups*, que evolui, numa segunda fase, para um processo de pesquisa quantitativa, por forma a assegurar a veracidade das relações causa-efeito observadas. A metodologia seguida está condensada na Figura 14.



**Figura 14** - Resumo da metodologia utilizada na investigação

Em conclusão, a presente investigação pauta-se pelos princípios de credibilidade e fiabilidade de informação, destacando-se o esforço na utilização de variadas fontes, formas, instrumentos e métodos de recolha de dados primários e secundários. Neste contexto, através da análise qualitativa recolheu-se o valor da descrição particular dos tópicos em estudo num contexto específico (Creswell, 2009), e na abordagem convencional quantitativa, assentaram resultados baseados numa amostra, possibilitando a sua extrapolação para o universo ou população (Yin, 2011). No próximo capítulo, apresentar-se-ão esses resultados por meio de uma narrativa descritiva e interpretativa aprofundada, esclarecendo conexões, ligações ou relações existentes entre turismo e *stress-coping* na população com incapacidade motora e sensorial.

## CAPÍTULO VII – RESULTADOS

---

## Capítulo VII – Resultados

Este capítulo refere-se à apresentação dos dados qualitativos e quantitativos obtidos através do desenvolvimento de *focus groups* direcionados para a população alvo e da aplicação de um questionário de avaliação, por meio das ECL. Estes resultados alcançaram-se com base na contrastação empírica e foram interpretados de acordo com o corpo teórico desenvolvido nos capítulos anteriores.

Deste modo, apresenta-se, numa primeira fase, a informação qualitativa recolhida após análise de conteúdo de acordo com as temáticas e hipóteses de investigação colocadas H1, H2, H3 e H4 (ver Modelo Conceptual, Figura 12, pp. 180).

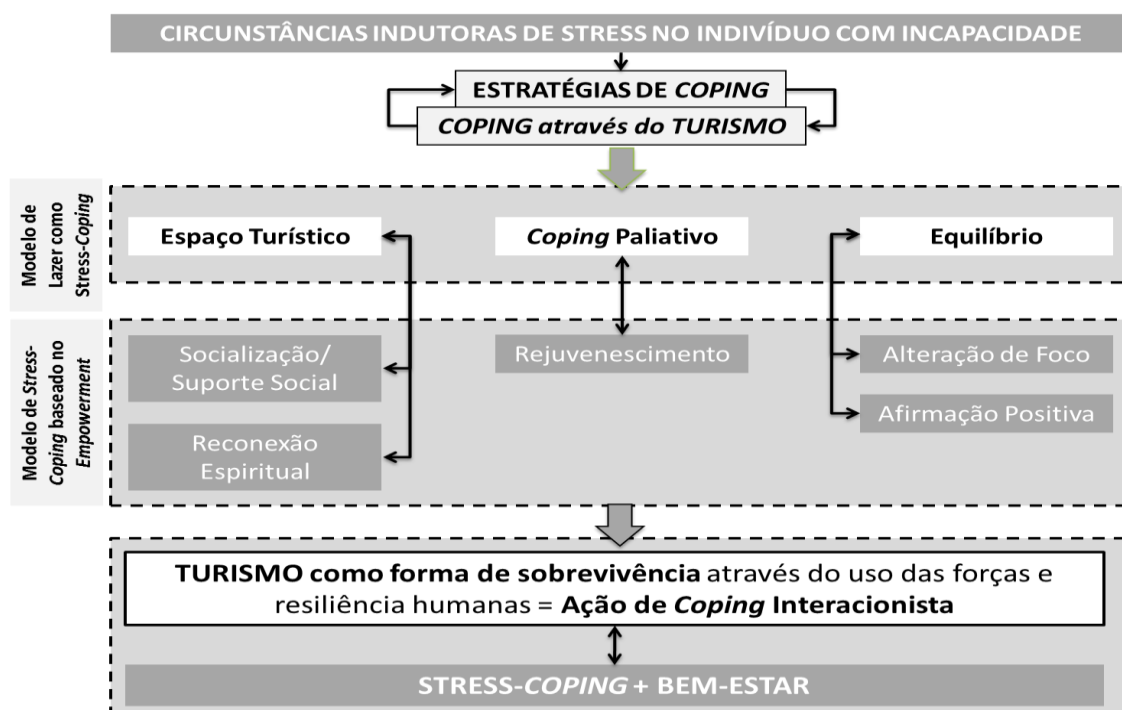
Numa segunda fase, descrevem-se as análises estatísticas realizadas no sentido de melhor compreender os temas relacionados com as hipóteses H5, H6, H7, H8 e H9, designadamente a análise fatorial confirmatória, com o intuito de melhorar os índices de fiabilidade das escalas adaptadas e de ajustamento do Modelo Conceptual inicial, demonstrando a proficiência deste modelo no contexto da presente investigação. Note-se que a apresentação dos resultados do estudo quantitativo se inicia com a análise fatorial confirmatória, porque nesta investigação se procedeu a uma adaptação e não à criação de novos instrumentos. Deste modo, primeiramente, ajustaram-se as ECL, transformando-as em ECL-TA (Escala de *Coping* em contexto de Turismo Acessível), por forma a possibilitar e viabilizar a realização de outras análises estatísticas. Assim, inicia-se a análise das ECL-TA com a análise univariada ou descritiva dos dados, através da determinação de frequências absolutas (simples e acumuladas) e de valores médios, passando por uma análise correlacional entre constructos, culminando com a análise bivariada, por meio de testes inferenciais (testes de *Mann Whitney U* e de *Kruskal Wallis*).

É ainda importante sublinhar que, por norma, os resultados são apresentados na totalidade da amostra (N=306) e, quando pertinente para os objetivos de investigação, discriminados de acordo com três subamostras, correspondentes aos três tipos de incapacidade analisados: incapacidade motora, incapacidade auditiva e incapacidade visual.

## 7.1 Estudo qualitativo - Identificação das principais fontes de stress, para os indivíduos com incapacidade motora e sensorial, e das suas respostas de coping

O estudo qualitativo, consistiu na realização de três *focus groups* a indivíduos com incapacidade motora, auditiva e visual, no sentido de desenvolver uma análise fenomenológica, capaz de dar resposta às hipóteses de investigação H1, H2, H3 e H4 (ver Modelo Conceptual, Figura 12, pp. 180). Neste contexto, a investigadora seguiu vários passos para a recolha de informação qualitativa. O primeiro passo, constou na identificação de testemunhos relevantes para o fenómeno em estudo, ou seja, determinou-se a “horizontalização” dos dados, assumindo que todos os testemunhos e opiniões teriam igual valor, eliminando-se aqueles que se repetiam ou sobrepunham (Iwasaki et al., 2005). O passo seguinte, compreendeu o agrupamento dos testemunhos por temáticas ou dimensões de análise, designadamente a dimensão “Espaço Turístico”, a dimensão “*Coping Paliativo*” e a dimensão “Equilíbrio”.

As unidades de significância, denominadas dimensões de análise, foram formuladas com base no modelo de investigação proposto por Iwasaki, MacTavish & MacKay (2005), o Modelo de Lazer como *Stress-Coping*. A partir destas dimensões de análise, foi possível definir subdimensões de interpretação, considerando o Modelo de *Stress-Coping* baseado no *Empowerment* de MacTavish & Iwasaki, (2005), tal como se espelha por meio da Figura 15.



**Figura 15** - Modelo de análise dos *focus groups*

**Fonte:** Elaborado com base em Iwasaki., MacTavish, & MacKay (2005) e Mactavish & Iwasaki (2005)

Considerando o modelo de análise apresentado, no seguimento da conjugação e adaptação do Modelo de Lazer como *Stress-Coping* e do Modelo de *Stress-Coping*, tendo em consideração o contexto turístico, estabeleceram-se as subdimensões de “socialização e suporte social” e “reconexão espiritual” na dimensão “Espaço Turístico”, associadas à criação de um “espaço mental ou psicológico”, contemplando as situações em que os indivíduos entendem o turismo como um oásis pessoal, social, cultural e espiritual; a subdimensão “rejuvenescimento” formalizou-se junto da dimensão “*Coping Paliativo*”, relacionando-se com as ocasiões em que o turismo se assume como uma forma de pausa, diversão e renovação; por fim, as subdimensões de “alteração de foco” e “afirmação positiva” foram alocadas à dimensão “Equilíbrio”, justificando-se em contextos que os indivíduos percebem o turismo como uma forma de harmonia, cura holística e boa disposição.

Finalizou-se este processo, através do cruzamento dos dados entre grupos de aplicação e entre dimensões de análise, tendo como base a condição e contexto original dos indivíduos, assegurando a consistência e adequação dos depoimentos e, consequentemente, da informação recolhida, como se pretende esclarecer ao longo do próximo ponto.

### 7.1.1 Resultados da análise de conteúdo

A partir deste estudo qualitativo, percebeu-se que o turismo, desempenha um papel muito importante ao nível da gestão e controlo do stress, especificamente para os indivíduos com incapacidade.

Tal como já foi referido no capítulo VI, a análise da informação obtida implicou o recurso a métodos de análise de conteúdo, reduzindo-se o material textual a categorias de informação, utilizando-se, para esse efeito, o software WebQDA, considerando os termos e processos comuns descritos pelos indivíduos. Por meio deste *software*, foi possível analisar os dados como um todo, abordando todos os temas e constructos em análise com o mesmo detalhe nos três grupos. Assim, foi possível organizar os resultados obtidos de forma metódica e sistemática, sem comprometer a fidelidade e qualidade da informação recolhida. Estes resultados serão apresentados no formato de *verbatim*s com referência ao respectivo grupo de incapacidade, para que se possam retirar conclusões, não só acerca dos constructos em análise (nomeadamente, aqueles relacionados com as hipóteses H1, H2, H3 e H4), mas também acerca da concordância ou desacordo entre os grupos de discussão.

Cada um dos *focus groups* incidiu, portanto, sobre uma amostra escolhida segundo uma tipologia de incapacidade específica: motora, visual e auditiva, apresentando-se na Tabela 18 o perfil sumário dos participantes. É certo que se poderão assinalar limitações à amostra utilizada, no entanto, o facto da população com incapacidade se tratar de um universo de difícil acesso, justifica



a escolha e utilização da técnica de amostragem por conveniência, tal como já se refletiu ao longo do Capítulo anterior.

**Tabela 18** - Perfil dos participantes nos *focus groups* realizados

Pseudónimo	Idade	Residência	Estado Civil	Habilitações Literárias	Situação de Trabalho
<b>Focus Groups – Incapacidade Motora</b>					
<b>Susana</b>	37	Lousã	Solteira	Ensino Básico: 3º Ciclo	<b>Empregada:</b> Processadora de Texto
<b>António</b>	39	Lousã	Solteiro	Ensino Secundário	<b>Empregado:</b> Impressor Offset
<b>Tiago</b>	43	Lousã	Solteiro (1 filho)	Ensino Básico: 1º Ciclo	<b>Empregado:</b> Operador de Máquinas
<b>Hugo</b>	30	Lousã	Solteiro	Ensino Básico: 2º Ciclo	<b>Empregado:</b> Auxiliar de Oleiro
<b>Maria</b>	44	Lousã	Solteira	Ensino Básico: 3º Ciclo	<b>Reformada e</b> Telefonista Voluntária
<b>Mário</b>	44	Lousã	Solteiro	Sabe ler e escrever, mas não frequentou a escola	<b>Empregado:</b> Auxiliar de Oleiro
<b>Focus Groups – Incapacidade Auditiva</b>					
<b>Telmo</b>	36	Trofa	Casado (2 filhos)	Ensino Secundário	<b>Empregado:</b> Formadora
<b>Manuel</b>	60	Valongo	Casado (2 filhos)	Ensino Secundário	<b>Reformado e</b> Voluntário na ASP
<b>Natacha</b>	32	Valongo	Casada (1 filho)	Ensino Secundário	<b>Empregada:</b> Formadora
<b>Vanessa</b>	28	Matosinhos	Solteira	Ensino Superior	<b>Desempregada</b>
<b>Tatiana</b>	36	Porto	Solteira (1 filho)	Ensino Secundário	<b>Empregada:</b> Formadora
<b>Fernando</b>	20	Braga	Solteiro	Ensino Secundário	<b>Estudante</b>
<b>Henrique</b>	40	Matosinhos	Casado (1 filho)	Ensino Secundário	<b>Empregado:</b> Formador
<b>Focus Groups – Incapacidade Visual</b>					
<b>Ana</b>	40	Penacova	Separada	Ensino Secundário	<b>Desempregada</b>
<b>Carolina</b>	27	Coimbra	Solteira	Ensino Superior	<b>Procura de 1º</b> <b>Emprego</b>
<b>Inês</b>	32	Coimbra	Casada (2 filhos)	Ensino Superior	<b>Empregada:</b> Psicóloga
<b>Isabel</b>	59	Coimbra	Solteira	Ensino Superior	<b>Empregada:</b> Professora de Braille
<b>César</b>	41	Coimbra	Casado (2 filhos)	Ensino Superior	<b>Empregado:</b> Psicólogo
<b>Marta</b>	38	Carapinheira	Solteira	Ensino Secundário	<b>Desempregada</b>

A amostra total corresponde a 19 participantes, 6 no grupo da incapacidade motora, 7 no grupo da incapacidade auditiva e 6 no grupo da incapacidade visual. O número de elementos por grupo foi estipulado intencionalmente, na medida em que se considerou como número de participantes ideal para o debate das temáticas em estudo entre 6 a 7 pessoas, devido à complexidade dos tópicos de discussão. Isto porque um número inferior não seria adequado para a extração de resultados (Jennings, 2001) e um número superior poderia impedir a discussão desinibida dos participantes, prejudicando a participação ativa de todos e, consequentemente, a recolha de informação válida e de qualidade.

O grupo com incapacidade motora compreendeu indivíduos com incapacidades motoras variadas, para que se conseguisse a maior representatividade possível, assim, de acordo com a severidade da incapacidade, distinguem-se abaixo consoante os auxiliares de movimento utilizados por cada um, à exceção de dois participantes sem essa necessidade: um de baixa estatura ou com nanismo e outro com distrofia muscular. Desta forma, para além desses, reuniu-se ainda um indivíduo utilizador de muletas ou canadianas, outro portador de prótese, um sujeito em cadeira de rodas manual e outro em cadeira de rodas elétrica. Todos estes indivíduos têm residência na vila da Lousã e apresentam idades compreendidas entre os 30 e os 45 anos, tendo sido facilitado o seu contacto por meio de uma associação de incapacidade local - ARCIL (Associação para a Recuperação do Cidadão Inadaptado da Lousã). No que diz respeito à situação familiar, são todos solteiros, sem filhos, exceto um, que revela ser solteiro, mas com um filho. Relativamente às habilitações literárias, trata-se de um grupo com um nível educacional pouco elevado, já que o grau de ensino mais elevado detido por apenas dois participantes é o Ensino Básico – 3º ciclo (9º ano). Contudo, no que concerne à situação de trabalho, verifica-se que a maioria está empregada ou ativa profissionalmente.

O grupo composto por pessoas com incapacidade auditiva possui residência, maioritariamente, na região norte do país (Porto, Matosinhos, Valongo, Trofa e Braga), encontrando-se na faixa etária dos 20 aos 60 anos, sendo que a entidade facilitadora do seu contacto foi a ESEC (Escola Superior de Educação de Coimbra). Este grupo divide-se entre indivíduos solteiros e casados e no que diz respeito à parentalidade, apenas dois referem não ter filhos. Relativamente à sua situação perante a educação e o trabalho, todos os indivíduos possuem o Ensino Secundário e são frequentadores do Ensino Superior, verificando-se que a maioria se encontra a trabalhar, havendo apenas um sujeito que refere estar desempregado e um outro reformado.

Por último, no grupo com incapacidade visual, pretendeu-se reunir não só pessoas cegas, mas também amblíopes, daí que se tenha recorrido à ACAPO Coimbra (Associação de Cegos e Amblíopes de Portugal), para a sua constituição. Desta maneira, a maioria dos participantes com incapacidade visual reside na zona de Coimbra e apresenta idades entre os 27 e os 59 anos. Assim, obteve-se uma amostra bastante heterogénea no que concerne a situação familiar, em que 3 indivíduos são solteiros, 2 são casados com filhos e 1 é separado. O nível educacional é maioritariamente superior e a situação de trabalho, divide-se de forma igualitária entre empregados e desempregados.

A realização dos *focus groups* implicou a utilização de um guião, devidamente traduzido e adaptado a partir de Mactavish & Iwasaki (2005) e Iwasaki, Y., MacTavish, J., & MacKay, K. (2005) (ver Anexo B). Este guião organizou-se em seis partes: (A) Comentários iniciais, (B) Questão de Abertura, (C) Questões introdutórias, (D) Questões transitórias, (E) Questões-chave, e (F) Questões finais. A parte A consistiu nas notas introdutórias (dar as boas-vindas, enumerar os objetivos do estudo, descrever os procedimentos, referir os princípios éticos adotados e apresentação da investigadora). A parte B referiu-se à apresentação dos participantes, com o intuito de “quebrar-o-gelo” e apelar à sua desinibição. A parte C aludiu à introdução da temática em estudo, ao longo da qual se realizam as primeiras questões relacionadas com a temática em estudo, cujos resultados se descrevem de seguida.

Deste modo, a primeira questão do guião aplicado, dizia respeito ao significado de stress ou à definição de stress. Devido à complexidade do conceito, os indivíduos apresentaram algumas dificuldades em responder, sendo que as suas respostas variaram de uma forma global entre dois tópicos comuns. Estes tópicos relacionavam-se maioritariamente com as obrigações profissionais e familiares e com as responsabilidades e contrariedades relacionadas com a incapacidade. Um dos participantes resume o conceito como:

“problemas, bloqueios ou inacessibilidades (...). Até agora o que me provoca stress são os momentos em que não consigo aceder e tenho de optar por outros caminhos. Na família, no trabalho, na escola, com os amigos... Há sempre stress em cada um destes contextos.”. César (grupo da incapacidade visual).

Seguidamente, passou-se para a parte D, inquirindo os participantes acerca da positividade ou negatividade do stress nas suas vidas, o que gerou alguma controvérsia, já que não se chegou ao consenso em nenhum dos grupos de discussão. Em todos os grupos houve opiniões divergentes, podendo sintetizar-se a maioria das opiniões geradas com o seguinte testemunho:

“o stress para mim funciona como um factor de aprendizagem. Se as coisas forem sempre muito positivas, ficamos no vazio. Portanto, este jogo entre o positivo e o negativo traz-me aprendizagens e crescimento.”. Tatiana (grupo da incapacidade auditiva).

Por fim, ao longo das partes E e F, aprofundou-se a temática em estudo, permitindo aplicar o modelo de análise esquematizado na Figura 15, extraindo-se interessantes resultados que se apresentam subsequentemente.

Neste contexto, questionou-se os indivíduos acerca das circunstâncias indutoras de stress ou acerca das suas fontes de stress, o que se revelou bastante mais fácil de responder para todos os

participantes em todos os grupos de incapacidade. Estas fontes de stress foram, pois, identificadas eficazmente, chegando-se às seguintes categorias: (i) esfera afetiva, (ii) obrigações e responsabilidades, (iii) motivos familiares, (iv) saúde, (v) atividade profissional, (vi) meio envolvente/ sociedade e (vii) incapacidade. Ora, a atividade profissional, o meio envolvente/ sociedade e a incapacidade são as fontes de stress mais citadas ao longo das discussões, atingindo em conjunto 125 citações, tal como se pode observar através da Tabela 19.

**Tabela 19** - Circunstâncias indutoras de stress por tipo de incapacidade

Circunstâncias Indutoras de Stress	Visual	Auditiva	Motora	Total
<b>Incapacidade</b>	<b>25</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>60</b>
<b>Meio Envolvente/ Sociedade</b>	<b>24</b>	<b>16</b>	<b>5</b>	<b>45</b>
<b>Atividade Profissional</b>	8	8	4	20
<b>Saúde</b>	3	0	1	4
<b>Motivos Familiares</b>	1	0	3	4
<b>Obrigações e Responsabilidades</b>	2	2	0	4
<b>Esfera Afetiva</b>	2	1	0	3

Neste âmbito das fontes de stress, distingue-se nitidamente a incapacidade como principal circunstância indutora de stress, unanimemente referida por todos os grupos em análise:

“(…) a minha incapacidade, o facto de depender dos outros causa-me bastante stress”, António (grupo da incapacidade motora).

“(…) eu falo por mim... Já fui mais independente, já vivi sozinha. Neste momento tenho mais limitações e isso causa-me muito stress!”, “Para mim o stress é muitas vezes derivado da minha deficiência física, devido às minhas limitações.” Susana (grupo da incapacidade motora).

“Andar à procura de um local, de uma porta, de uma loja, (...), mas não encontro...”, “Há uma coisa que me faz muita confusão que tem a ver com a minha limitação visual... Tudo o que interfira com as questões de visão causa-me stress.” Isabel (grupo da incapacidade visual).

“Quando tenho problemas de comunicação... Quando não consigo comunicar e não me faço entender, fico muito stressada.”, “(...) o que me provoca stress são os momentos em que não consigo aceder, devido à minha incapacidade” Tatiana (grupo da incapacidade auditiva).

Neste contexto, verifica-se que a circunstância indutora de stress nestes indivíduos é a própria incapacidade, estando simultaneamente associada ao meio envolvente/ sociedade. O ambiente onde se inserem os indivíduos, as atitudes dos que os circundam, os problemas sociais relacionados com a integração e inclusão, misturam-se com a própria incapacidade, interligando-se inequivocamente com as suas limitações físicas e sensoriais, tal como se pode confirmar através dos seguintes testemunhos:

“Eu sempre tive o sonho de ser Educadora de Infância. Quando cheguei ao 9º ano para escolher uma área de estudos, a assistente social da escola disse para eu esquecer essa área, porque nunca ninguém me iria confiar uma criança.” Susana (grupo da incapacidade motora).

“A relação banalizada que as pessoas têm perante um cego, incomoda-me e chateia! A dependência de fatores que eu não controlo, por exemplo, transportes, acesso a lugares físicos em que, supostamente, eu teria e estou preparada para ter facilidade de acesso, mas por razões que me ultrapassam, é-me dificultado o acesso.” Isabel (grupo da incapacidade visual).

“A comunidade ouvinte às vezes não compreende a situação dos surdos. As acessibilidades em termos de comunicação, para mim que sou surdo, são difíceis e stressam-me bastante.” Telmo (grupo da incapacidade auditiva).

Estas citações permitem-nos apontar a indeclinável e consequente necessidade de desenvolvimento de ações de stress-coping para esta população em particular, o que recorda a primeira hipótese de investigação proposta: as circunstâncias indutoras de stress influenciam positivamente as estratégias de coping do indivíduo com incapacidade motora e sensorial. Estes resultados corroboram as conclusões de Hutchinson et al, (2003) que relatam a importância das crenças ou estratégias de Coping no auxílio ao combate dos agentes stressantes associados à situação de vida destes indivíduos incapacitados, tais como condições do ambiente físico, tratamentos de reabilitação, ou as próprias atividades de vida diárias.

Considerando os esclarecimentos e interpretações de Iwasaki, Y., MacTavish, J., & MacKay, K. (2005), o lazer pode ser visto como uma ação estratégica de sobrevivência, sendo que no contexto específico do turismo, poderá permitir o desenvolvimento dos três contributos específicos já esclarecidos anteriormente: o Espaço Turístico, o *Coping* Paliativo e a percepção de Equilíbrio.

Deste modo, foi-nos possível comprovar que, independentemente do tipo de incapacidade, os indivíduos recorrem a ações de *Coping*, já que do total de referências a estas ações (30), foram enumeradas 11 ações pelos cegos, 9 pelos surdos e 10 pelos indivíduos com incapacidade motora. Conclui-se também, que estes indivíduos se socorrem, com maior frequência, de ações de *coping* interacionistas, já que quase todas as opiniões convergiram no lazer como ação estratégica de *Coping* preferencial, especialmente no contexto da atividade turística, sublinhando-se as benesses dos principais contributos desta atividade, tal como se pode observar através da Tabela 20.

**Tabela 20** - Os contributos do turismo como ação de *coping* preferencial para os indivíduos com incapacidade

	Visual	Auditiva	Motora	Total
<b>Ações de <i>Coping</i></b>	<b>11</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>30</b>
<b>Espaço Turístico</b>	1	8	1	10
<b>Socialização/ Suporte Social</b>	2	6	1	9
<b>Reconexão Espiritual</b>	1	0	0	1
<b><i>Coping</i> Paliativo</b>	1	0	1	2
<b>Rejuvenescimento</b>	0	0	1	1
<b>Equilíbrio</b>	1	1	1	3
<b>Alteração de Foco</b>	0	0	1	1
<b>Afirmação Positiva</b>	1	0	0	1

Os indivíduos em estudo, quando questionados acerca das ações ou meios que utilizavam para lidar com o stress, foram perentórios: de entre 30 citações relativas a ações de *coping*, 20 são relativas a atividades de lazer. Assim, as mais populares são:

“Ouvir música, relaxa-me.”

“Ter hobbies, é uma forma de lidar com o stress.”

“(…) uma das coisas que me ajuda muito é precisamente: falar.”

Simultaneamente, identificaram-se atividades que se encontram, claramente, na esfera do turismo, destacando-se:

“Passear, sobretudo em espaços verdes.”,

“(…) quando posso ir de férias, essa é a forma ideal de lidar com o stress.”

“(…) mudar de sítio, de ambiente, de local.”.

Verificou-se, pois, que mais do que o lazer, o turismo é uma das estratégias identificadas como preferenciais no *coping* desta população (19 citações), o que nos permite afirmar que o turismo tem um efeito positivo no *Coping* de pessoas com incapacidade motora e sensorial. Considerando o tipo de incapacidade, observa-se que os indivíduos com incapacidade auditiva são os que mais recorrem ao turismo como meio de *coping*, podendo destacar-se mesmo que são as únicas acções de stress-*coping* utilizadas por esta população em particular, já que das 9 crenças ou estratégias de *coping* expostas, todas elas se referiram a atividades turísticas. Relativamente, aos indivíduos com incapacidade visual e motora, conclui-se que aproximadamente metade das estratégias de *coping* utilizadas estão relacionadas com o turismo, 6 e 4 referências, respetivamente.

Por fim, analisou-se individualmente cada um destes contributos do turismo ou dimensões de análise: (a) Espaço Turístico; (b) *Coping* Paliativo; e (c) Equilíbrio, considerando a sua importância específica para os participantes com incapacidade.

#### **(a) Espaço Turístico**

A criação de um espaço turístico refere-se à ideia ou percepção dos indivíduos relativamente ao turismo como um oásis pessoal, social, cultural e espiritual, o que se comprovou facilmente, através da seguinte declaração:

“O ambiente influencia muito os meus sentimentos de stress. Mudar de ambiente, para um ambiente tranquilo, onde eu possa descansar e esquecer as situações do dia-a-dia ajuda-me a lidar com o stress (…).”

Por outro lado, sabendo que este contributo do turismo assenta sobre dois constructos fundamentais ao bem-estar como a socialização ou suporte social e a reconexão espiritual, poder-se-á afirmar que o turismo constitui uma oportunidade motivacional para gerir o stress. Tal como afirmam outros autores Hutchinson et al. (2003), o lazer é uma forma de distração mental, preservação da ligação com o passado (sem incapacidade) e de escape da própria incapacidade.

Deste modo, no contexto turístico, resumem-se algumas explicações que vão ao encontro do exposto:

### **Socialização/ suporte social**

“A mim o que me permite mesmo esquecer os problemas é o convívio com outros surdos. É ir comer fora, estarmos todos a conviver e à conversa! Isso sim, ajuda-me a “despejar” a cabeça e, por isso, destressa-me.”

### **Reconexão espiritual**

“Quando vou passear, gosto de passar pelas igrejas. O contacto com Deus, aquele silêncio... A vertente espiritual também ajuda muito a gerir o stress.”

Neste âmbito, sublinha-se a importância da socialização e do seu relacionamento intrínseco com o turismo, como pilar fundamental do bem-estar global da população incapacitada, evidenciando-se com 9 referências na presente investigação, um número claramente superior aos restantes contributos em análise.

### **(b) Coping Paliativo**

O turismo poderá servir de tratamento paliativo, ou seja, servir de alívio ou de pausa do problema stressante, tal como referem alguns participantes deste estudo:

“O turismo é ótimo para desanuviar.”

“(...) pensar nas férias deixa-me menos stressada, sem dúvida.”

Desta maneira, o turismo poderá assumir a forma de diversão ou renovação, permitindo a suspensão do constrangimento até o indivíduo ser capaz de se reerguer rejuvenescido, para melhor lidar com a situação (Iwasaki & Mannell, 2000). Neste seguimento, recolheu-se o seguinte depoimento:

### **Rejuvenescimento**

“A melhor maneira de me sentir relaxada, pronta para mais uma semana de trabalho, é ir até ao Candal (Aldeia de Xisto da Serra da Lousã). Um fim-de-semana, um dia, é suficiente. Sei que quando vou, saio de lá rejuvenescida (...).”



Ora, conclui-se visivelmente que o turismo é um recurso de *stress-coping*, instigando o bem-estar dos indivíduos com incapacidade, já que oferecem esperança e otimismo, promovendo estruturas de sentido e propósito, fomentando sentimentos de pertença e de aceitação, preservando sentimentos de competência e independência e ainda mantendo a saúde física e mental (Hutchinson et al., 2003).

### **(c) Equilíbrio**

O turismo pode ser percecionado como forma de equilíbrio para os indivíduos, proporcionando-lhes sentimentos de harmonia e de boa disposição, podendo culminar numa espécie de cura holística, ou global, ao nível da saúde, bem-estar e qualidade de vida, senão vejamos a seguinte afirmação de um dos participantes no *focus group*:

“(...) quando estou de férias descanso muito mais...Quando estou de férias e mudo de ambiente, descontrainho e sinto-me bem.”

Neste contexto do turismo como equilíbrio, inclui-se a alteração de foco e a afirmação positiva dos indivíduos, o que consolida os resultados obtidos no estudo de Lazarus & Folkman (1984), o primeiro a defender o papel das emoções positivas no *coping*, sugerindo que essas emoções serviriam de escape ao stress, sustentando os esforços de *coping* e restaurando a autoestima, tendo-se comprovado também de forma empírica, recentemente, estes resultados preliminares (Folkman & Moskowitz, 2004).

De acordo com Kleiber, et al, (2002) o turismo poderá assumir-se, tal como o lazer, como um mecanismo de autoproteção que serve a função de aligeirar os efeitos negativos associados à incapacidade, acionando instrumentos de distração do stress, ou gerando esperança no futuro. Deste modo, as participações dos indivíduos com incapacidade acerca do turismo confirmam esta teoria:

### **Alteração de foco**

“Eu acho que dá para esquecer quase tudo. Todas as coisas menos boas da vida.”

### **Afirmação Positiva (perante a vida)**

“Para mim, basta pensar em ir de férias ou nas coisas que poderei fazer em férias, que fico logo mais bem-disposta!”

Em casos extremos, como é o da incapacidade, o lazer, em específico, no contexto do turismo, pode ajudar, através de uma cura holística, afirmando-se positivamente na vida, e na busca de novos significados e direções de vida (Iwasaki et al., 2005). Neste sentido, os 3 contributos fundamentais do turismo, bem como os seus 5 componentes basilares, poderão ser uma forma de perspetivar o processo de bem-estar do indivíduo com incapacidade. Estes contributos e respetivos componentes refletem bem a visão intra e interpessoal do *stress-coping* como um processo de promoção individual e controlo da vida dos indivíduos (Mactavish & Iwasaki, 2005).

Neste contexto e corroborando outros modelos de análise, verificou-se que o lazer, particularmente no âmbito do turismo, é uma ação de *coping* utilizada pela população com incapacidade, (Hutchinson et al., 2003; Iwasaki et al., 2006; Iwasaki & Mannell, 2000), assumindo-se como um mecanismo de sobrevivência relacionada com os conceitos de saúde e bem-estar.

## 7.2 Estudo quantitativo - Adaptação, validação e interpretação das ECL (Escala de *Coping* através do Lazer) em contexto de Turismo Acessível, para uma população com características muito específicas: a população com incapacidade motora e sensorial

As ECL para além de constituírem um instrumento de relevância comprovada no âmbito da literatura da área do lazer, como constatado através do Capítulo V (revisão de estudos que integram as variáveis em análise nesta investigação), foram também eleitas tendo em consideração a constatação de alguns resultados apurados no estudo qualitativo apresentado no ponto anterior. Assim, por um lado, a revisão da literatura revela um instrumento fidedigno no âmbito do lazer, o que permite vislumbrar a sua adaptação às especificidades do turismo, favorecendo a interdisciplinaridade e a construção de pontes teórico-práticas entre lazer e turismo e turismo e saúde, por outro, o estudo empírico qualitativo atesta a necessidade de maior entendimento da organização mental ou psicológica das ações de *coping*, reforçando oportunamente a escolha das ECL através, por exemplo, do seguinte testemunho: “Para mim, basta pensar em ir de férias ou nas coisas que poderei fazer em férias, que fico logo mais bem-disposta!”.

Deste modo, ao longo deste ponto serão apresentadas as análises realizadas aos dados recolhidos por meio da administração de um inquérito por questionário que consistiu na adaptação das escalas ECCL e EECL ao contexto do turismo acessível, tal como já foi referido no Capítulo VI - Metodologia.

Primeiramente, descreve-se a amostra, constituída por 306 elementos, cuja dimensão se encontra nos padrões aceitáveis para a validação ou adequação das escalas aplicadas. A dimensão da amostra não teve como objetivo a representatividade da população, apesar de existirem divergências entre autores acerca da dimensão adequada da amostra a considerar na análise

fatorial. Nesta linha de pensamento, Cliff (1987, *cit in* Iwasaki & Mannell, 2000) estabelece um mínimo de 150 inquiridos para escalas com cerca de 40 variáveis. Contudo e segundo Tabachnick & Fidell (2007, *cit in* Field, 2009), é aconselhável possuir pelo menos 300 casos para a realização de uma análise fatorial, o que é reforçado por Comrey & Lee (1992, *cit in* Field, 2009), defendendo que 300 casos equivalem a uma boa amostra, 100 casos a uma amostra fraca e mais de 1000 casos a uma amostra de excelência.

Posto isto, verificou-se a consistência do modelo teórico proposto, no sentido de compreender a fiabilidade e validade das inferências que poderiam resultar da aplicação das duas escalas de medição de *Coping* através do lazer, num contexto diferente, o turismo, para uma população específica, a população com incapacidade. Realizou-se, portanto, uma análise fatorial confirmatória, para cada uma das escalas, no sentido de compreender e aumentar a confiança na estrutura estabelecida no Modelo Conceptual. Segundo Bollen (1989, *cit in* Iwasaki & Mannell, 2000), quando existe um modelo teórico plausível e consistente, uma análise fatorial confirmatória é mais adequada do que uma análise fatorial exploratória. Os coeficientes de fiabilidade foram calculados através do *Alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ) para ambas as escalas, bem como os seus índices de qualidade e ajustamento, tais como RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), NNFI (*No-normed Fit Index*) e CFI (*Comparative Fit Index*). Deste modo, tendo como base a análise fatorial confirmatória, através da qual se obteve a retificação das ECL em ECL-TA (Escalas de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível) foi possível realizar análises univariadas e bivariadas aos dados recolhidos.

A análise univariada permitiu uma primeira exploração dos dados, designadamente das dimensões e subdimensões das ECL-TA e dos seus respectivos itens, para a sua melhor compreensão. Assim, recorreu-se à análise de frequências e de estatísticas descritivas (por exemplo, média, moda, mediana, desvios-padrão, normalidade, análise de *outliers*, entre outras).

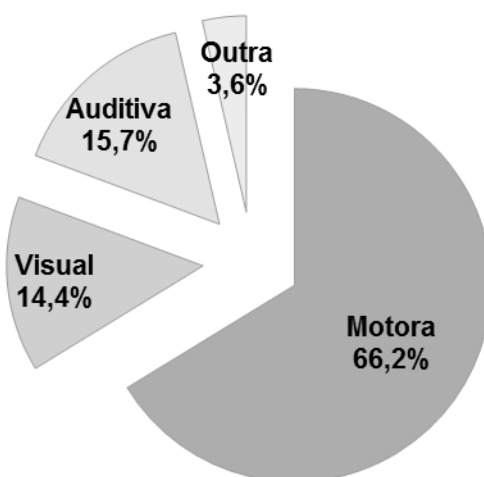
A análise bivariada dividiu-se em dois momentos. Num primeiro momento, procurou-se verificar o inter-relacionamento entre as diferentes variáveis influenciadoras de ações de *Coping* (crenças e estratégias). Para esse fim, realizou-se uma análise de correlação, onde foram utilizados testes de associação de variáveis (correlações), por meio do cálculo do coeficiente de correlação de *Spearman* ( $\rho$ ) entre escalas e dimensões (e subdimensões quando aplicável) de *Coping* através do lazer e entre essas dimensões (e subdimensões quando aplicável) e os itens de medição estabelecidos.

Por último, desenvolveu-se a análise do relacionamento entre variáveis, recorrendo a análises bivariadas como, por exemplo, teste do Qui-quadrado e teste não paramétrico de Kruskal Wallis (nos casos em que não existe distribuição normal e homocedasticidade) e testes de diferenças entre grupos – Teste *t* e Teste não paramétrico de *Mann-Whitney* (nos casos em que as variáveis não cumpriam os pressupostos do Teste *t*).

Sintetizando, pretende-se aclarar nos próximos pontos o perfil da amostra e as análises estatísticas realizadas: análise fatorial confirmatória, análise descritiva e análise bivariada. Será ainda importante sublinhar que estes resultados servirão para retirar conclusões acerca das hipóteses H5, H6, H7, H8 e H9 no capítulo seguinte: Capítulo VIII – Discussão dos Resultados.

### 7.2.1 Perfil da amostra

Dos 307 questionários preenchidos, um foi eliminado por não ter sido preenchido na totalidade, por isso, obteve-se uma amostra total de 306 indivíduos com incapacidade motora e sensorial (N=306). Esta amostra é constituída maioritariamente por indivíduos entre os 25 e os 44 anos (60,6%), distribuídos de forma praticamente igualitária por género, 56,4% do masculino e 43,6% do feminino. Destes inquiridos, 66,2% apresentam uma incapacidade motora, 15,7% uma incapacidade auditiva e 14,4% uma incapacidade visual, sendo que apenas 3,6% apresenta outro tipo de incapacidade, categoria esta que comporta a combinação de qualquer uma das anteriores (ver Gráfico 6).



**Gráfico 6** - Caracterização da amostra por tipo de incapacidade

Através da observação da Tabela 21, constata-se que quando questionados acerca da severidade da sua incapacidade, importa sublinhar que 83,7% dos inquiridos considera que possui um problema grave e apenas 2,9% defende que a incapacidade não é um problema.

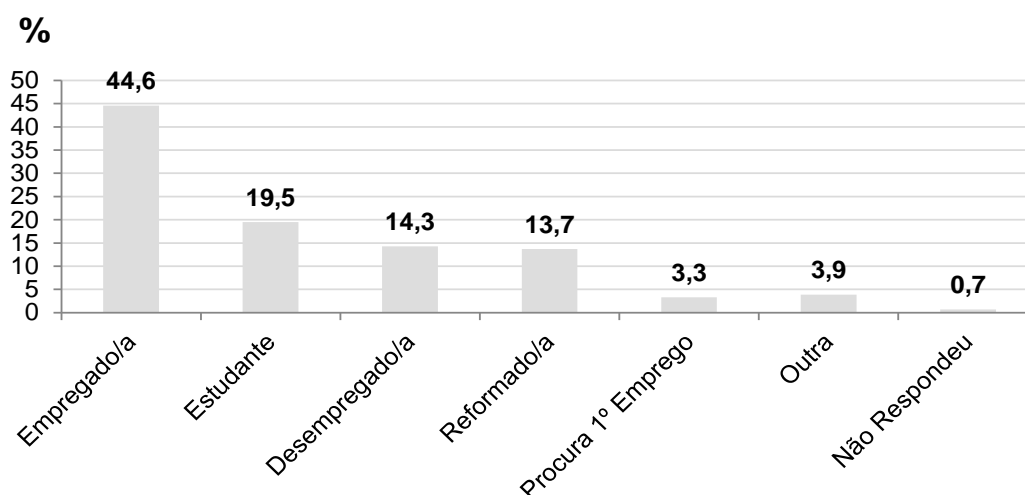
**Tabela 21** - Severidade da incapacidade

Severidade da incapacidade	Frequência	Percentagem
Não há problema	9	2,9
Problema ligeiro	2	0,7
Problema moderado	3	1,0
Problema grave	256	83,7
Problema muito grave	20	6,5
Não respondeu	16	5,2
<b>Total</b>	<b>306</b>	<b>100,0</b>

Por conseguinte, é interessante referir que 63,2% necessita de algum tipo de ajuda para se movimentar, e desses, 41,7% refere a cadeira de rodas (manual e elétrica) como principal ajuda técnica, seguindo-se as muletas ou canadianas (8,1%) e o cão guia ou de assistência (2,3%).

No que concerne a situação familiar, 58,9% dos sujeitos inquiridos revelam ser solteiros e 33,0% declaram ser casados ou em união de facto, verificando-se ainda que 71,4% não tem filhos contra 28,6% com filhos. Simultaneamente, é importante referir que a maioria dos respondentes tem residência na NUT II Norte (101 indivíduos), seguindo-se Lisboa e Vale do Tejo e o Centro, com 87 e 83 inquiridos, respetivamente.

No que diz respeito à situação profissional e educacional ou formativa dos inquiridos, verificou-se que 44,6% se encontram empregados e apenas 14,3% em situação de desemprego (ver Gráfico 7), sendo que na sua grande maioria apresentam um nível de instrução bastante elevado, 39,6% com ensino superior e 37,6% com ensino secundário completo.



**Gráfico 7** - Situação profissional dos inquiridos

Por último, os rendimentos discricionários são maioritariamente inferiores a 960€, sublinhando-se que 19,6% dos entrevistados auferem entre 240€ a 480€, 17,3% entre 480€ a 720€, 13,7% entre 720€ a 960€ e 11,1% menos de 240€.

Em jeito de síntese, apresenta-se na Tabela 22 a análise univariada dos dados sociodemográficos da amostra.

**Tabela 22** – Dados sociodemográficos da amostra

	Variáveis	Moda
<b>Caraterísticas Sociodemográficas</b>	<b>Grupo Etário</b>	[25 - 44] (N=186)
	<b>Género</b>	Masculino (N=172)
	<b>Tipo de Incapacidade</b>	Motora (N=202)
	<b>Severidade da Incapacidade</b>	Problema grave (N=256)
	<b>Situação Familiar/ Estado Civil</b>	Solteiro (N=179)
	<b>Parentalidade</b>	Sem filhos (N=217)
	<b>Situação Profissional</b>	Empregado (N=137)
	<b>Habilitações Literárias</b>	Ensino superior (N=120)
	<b>Rendimento</b>	[240€ - 480€] (N=60)

Finalmente e considerando ainda que a presente investigação se foca no contexto turístico, será igualmente relevante apresentar a conjuntura turística dos indivíduos em estudo. Deste modo, averiguou-se que 44% dos inquiridos prefere a prática de Atividades Turísticas de Sol e Mar, durante as suas férias, seguindo-se as Atividades de Turismo Cultural e de Natureza, com 16% e 15% das preferências, respetivamente. Destaca-se ainda o facto do nível de satisfação com essas atividades ser bastante elevado, gravitando entre o satisfeito (27%) e o muito satisfeito (33%). Por último, é ainda importante sublinhar que os “Companheiros de Lazer” ou, neste caso, as pessoas com as quais os indivíduos com incapacidade inquiridos costumam viajar ou fazer férias, são na sua grande maioria familiares e amigos, com mais de 80% das respostas dos inquiridos.

## 7.2.2 Adaptação das ECL à População com Incapacidade: análise fatorial confirmatória

Sabendo que foram adaptadas as escalas de crenças e estratégias de *Coping* através do lazer definidas por Iwasaki & Mannell, (2000), especificando contexto concreto - o turismo acessível, aplicando-se a uma população particular - a população com incapacidade motora e sensorial, tornou-se fundamental testar a adequação deste instrumento de análise a estas especificidades. Neste sentido, realizou-se uma análise fatorial confirmatória.

Pedhazur & Schmelkin (1991, *cit in* Iwasaki & Mannell, 2000), afirmam que a Análise Fatorial Confirmatória (AFC) é mais indicada quando já se tem uma estrutura ou modelo teórico ou conceptual previamente delineado. De qualquer modo, a verificação da adequação da amostra à análise fatorial foi avaliada pelo teste de esfericidade de Bartlett (para a ECCL:  $\chi^2 = 4.068,63$ ,  $p < 0,001$ ; e para a EECL:  $\chi^2 = 2.190,69$ ,  $p < 0,001$ ) e pelo índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (para a ECCL = 0,906 e para a EECL = 0,883), indicando que a matriz de correlações era adequada para a análise fatorial. Paralelamente, a extração dos fatores das escalas foi realizada pela análise de componentes principais, considerando-se satisfatórias cargas fatoriais acima de 0,40. Portanto e de acordo com os autores, testou-se a estrutura original de cada uma das escalas através da AFC de segunda ordem, por meio do *software* estatístico LISREL, tal como se pode constatar através dos *outputs* extraídos do referido programa e apresentados nos Anexos E e F.

Desta forma, a consistência interna foi estimada pelo Coeficiente *Alpha de Cronbach* ( $\alpha$ ), por intervalo de 95% de confiança, testando-se num primeiro momento, a estrutura original das escalas através da AFC de forma a identificar itens com pesos fatoriais muito baixos. Para isso, calculou-se em primeiro lugar o Rácio do Qui-Quadrado (*Likelihood: Ratio Chi-Square Statistics*), que mede o desvio entre o modelo e os dados (Vieira, 2011). Contudo, este indicador depende muito do tamanho da amostra, sendo, por isso, importante utilizar, simultaneamente, outras medidas. Neste sentido, foram utilizados outros índices de qualidade do ajustamento como: RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), NNFI (*No-normed Fit Index*) e CFI (*Comparative Fit Index*), calculados a partir do *software* LISREL. Valores de GFI, AGFI, CFI e NNFI iguais ou superiores a 0,90 (Vieira, 2011). O RMSEA indica adequado nível de ajustamento se inferior a 0,08 e excelente se inferior a 0,05, qualquer índice acima de 0,10 indica um valor inaceitável (Steiger, 1980).

No sentido de melhorar os índices de fiabilidade das escalas e, simultaneamente, de ajustamento do modelo, alguns itens foram eliminados, sendo posteriormente apresentada uma nova estrutura para cada uma das escalas (retificadas): (i) ECCL-TA – Retificação da Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível e (ii) EECL-TA – Retificação da Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível.

Neste contexto, reúne-se um conjunto de análises factoriais que resultam num modelo ajustado e consentâneo com os dados observados, na medida em que a matriz de co-variância implicada no modelo é equivalente à matriz de co-variância empírica (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003). Assim, partiu-se para a análise factorial em cada uma das escalas aplicadas, tal como se apresenta de seguida.

#### **(i) ECCL-TA – Retificação da Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível**

A ECCL original sugerida por Iwasaki & Mannell (2000) apresenta uma estrutura com 30 itens, que aplicada no contexto do turismo acessível à população com incapacidade, demonstra valores de ajustamento e fiabilidade bastante abaixo do desejado (ver Tabela 23). Assim, foi necessário retificar a escala original, tendo como base os resultados obtidos na análise factorial confirmatória.

Na primeira tentativa, denominada Escala Retificada1, retiraram-se os itens com pesos fatoriais inferiores a 0,3 ( $<0,30$ ), identificados na AFC, designadamente os itens eccl6, eccl13, eccl17, eccl22. Constatou-se uma melhoria efetiva em todos os índices de ajustamento, mas decidiu-se realizar nova tentativa com o intuito de aprimorar os valores obtidos. Deste modo, obteve-se a Escala Retificada2, na qual foram retirados os itens com pesos fatoriais inferiores a 0,4 ( $<0,40$ ), identificados na AFC, nomeadamente os itens eccl6, eccl8, eccl9, eccl13, eccl17, eccl22, eccl27 (ver Tabela 24, pp. 230). Neste caso, é importante sublinhar que se obtém uma dimensão com apenas dois itens: a Autodeterminação é avaliada apenas através dos itens eccl2, eccl5 (ver Tabela 24, pp. 230).

Com estes resultados é possível verificar que o contexto turístico e a população alvo do estudo determinam uma adaptação do instrumento de avaliação utilizado. Deste modo, verifica-se que na dimensão Autonomia, proposta como crença de *coping* através do lazer por Iwasaki & Mannell (2000), os indivíduos com incapacidade consideram que em contexto turístico, a subdimensão mais adequada neste âmbito é o *Empowerment*, eliminado-se apenas um item invertido (eccl13: “O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com os problemas”), em detrimento da subdimensão Autodeterminação, que porventura não se aplica, já que a condição incapacitante intrínseca aos indivíduos em estudo poderá limitar a sua consciência ou perceção de autodeterminação. Senão vejamos, a Autodeterminação como crença de *coping*, abarcou a eliminação de 5 itens: “Sou eu que determino as minhas atividades de lazer” (eccl6), “As minhas atividades de lazer são escolhidas livremente” (eccl9), “Tenho dificuldade em decidir o que fazer nos tempos de lazer” (eccl17), “Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades (eccl22) e “Sou eu próprio/a que decido o que fazer no meu tempo de lazer” (eccl27), constatando-se o fraco pendor destes sujeitos para a tomada de decisões de forma autónoma e determinada no âmbito do turismo, vislumbrando-se, desde logo, a possibilidade futura de aprofundamento do seu estudo.



Já no que concerne a dimensão Amizade, constata-se que todas as subdimensões são adequadas ao contexto turístico, aferindo-se apenas a eliminação de um item na subdimensão Suporte Emocional (eccl8: “Para mim, o lazer é um meio para desenvolver amizades”), o que poderá indicar uma eventual reformulação da afirmação ou questão colocada.

**Tabela 23** - Índices de ajustamento e fiabilidade da ECCL total e escalas retificadas

Índices		Total	Retificada1	Retificada2
$\alpha$	<b>ECCL</b>	0,899	0,919	0,917
	<b>Autodeterminação</b>	0,640	0,618	0,672
	<b>Empowerment</b>	0,720	0,858	0,858
	<b>Suporte Emocional</b>	0,624	0,624	0,647
	<b>Autoestima</b>	0,789	0,789	0,789
	<b>Ajuda Tangível</b>	0,723	0,723	0,723
	<b>Suporte Informativo</b>	0,723	0,723	0,723
<b>Rácio do Qui-Quadrado</b>		3,11	2,44	2,14
<b>RMSEA</b>		0,083	0,069	0,061
<b>GFI</b>		0,79	0,85*	0,88*
<b>AGFI</b>		0,75	0,82*	0,85*
<b>NNFI</b>		0,93	0,96	0,97
<b>CFI</b>		0,94	0,96	0,97
<b>Legenda: *apenas estes valores ficam abaixo do valor mínimo desejado (0,90).</b>				

Portanto, a estrutura com melhores índices de ajustamento do modelo e com melhores valores de fiabilidade total e por subdimensão é a estrutura apresentada na escala Retificada2, assinaladamente:

- Autodeterminação: eccl2, eccl5
- *Empowerment*: eccl4, eccl11, eccl15, eccl19, eccl26, eccl30
- Suporte Emocional: eccl7, eccl28, eccl29
- Autoestima: eccl1, eccl10, eccl21, eccl24
- Ajuda Tangível: eccl12, eccl14, eccl16, eccl25
- Suporte Informativo: eccl3, eccl18, eccl20, eccl23

Recorde-se que a escala Retificada2 é obtida eliminando os itens eccl6 (subdimensão Autodeterminação na escala original), eccl8 (subdimensão Suporte Emocional na escala original), eccl9 (subdimensão Autodeterminação na escala original), eccl13 (subdimensão *Empowerment* na

escala original), eccl17 (subdimensão Autodeterminação na escala original), eccl22 (subdimensão Autodeterminação na escala original) e eccl27 (subdimensão Autodeterminação na escala original) da estrutura original da ECCL. Desta maneira, apura-se que a Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer (ECCL), poderá ser aplicada à população com incapacidade motora e sensorial, no contexto de atividade turística acessível, tendo em consideração as alterações assinaladas, que deram origem à ECCL-TA (Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível), tal como se pode observar através da Tabela 24. Este resultado relaciona-se com a hipótese de investigação H5, sugerindo-se a adaptação da ECCL para uma estrutura total de 23 itens (ECCL-TA).

**Tabela 24** – Escala ECCL versus Escala ECCL-TA

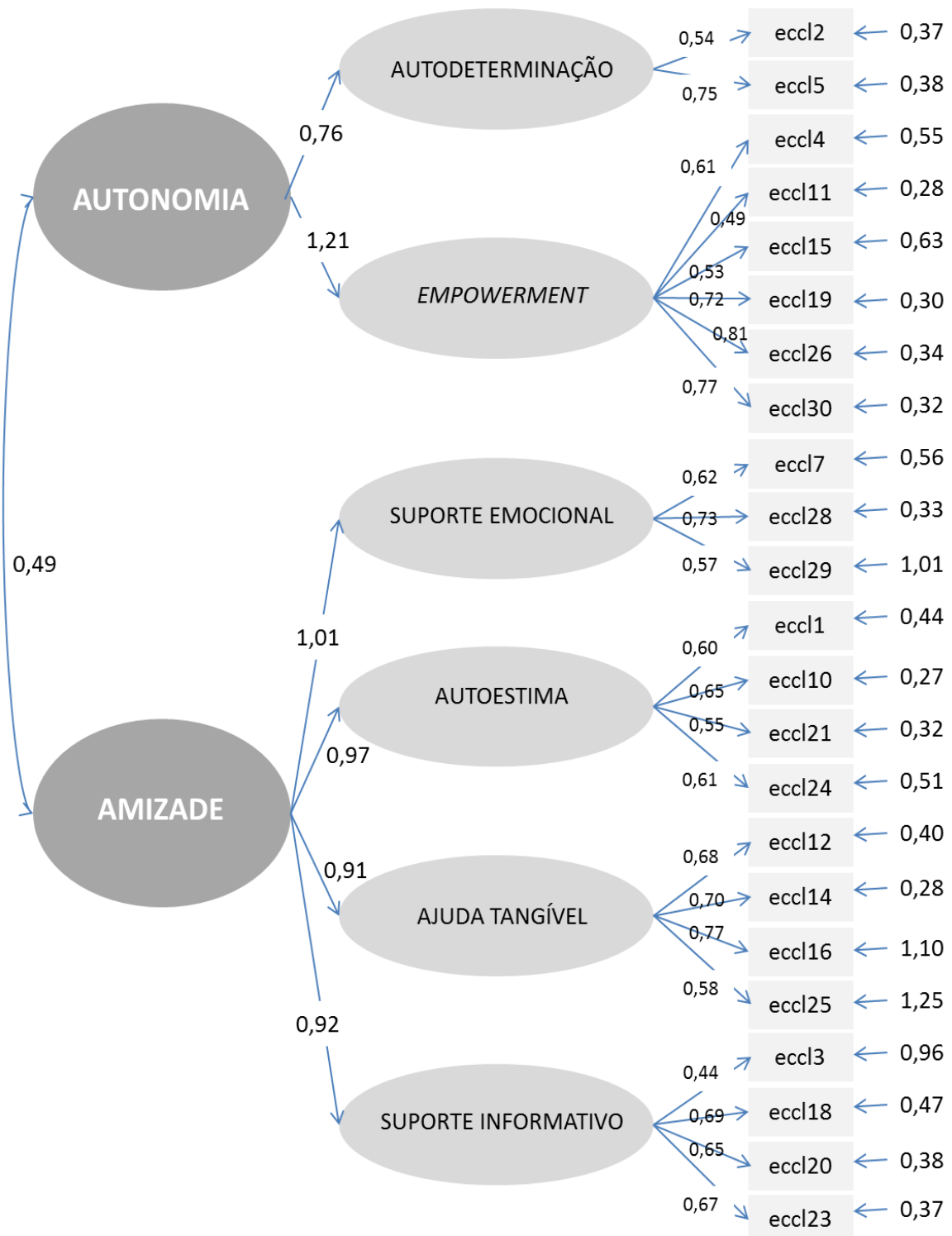
		ECCL		ECCL-TA	
		Nº	Item	Nº	Item
AUTONOMIA	Autodeterminação	eccl2	O lazer fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade	eccl2	O turismo fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade
		eccl5	No lazer adquiero sentimentos de controlo pessoal	eccl5	No turismo adquiero sentimentos de controlo pessoal
		eccl6	Sou eu que determino as minhas actividades de lazer	-----	-----
		eccl9	As minhas actividades de lazer são escolhidas livremente	-----	-----
		eccl17	Tenho dificuldade em decidir o que fazer nos tempos de lazer	-----	-----
		eccl22	Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades	-----	-----
		eccl27	Sou eu próprio/a que decido o que fazer no meu tempo de lazer	-----	-----
	Empowerment	eccl4	O meu envolvimento no lazer fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida	eccl4	O meu envolvimento no turismo fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida
		eccl11	Aquilo que faço no lazer permite que me sinta bem comigo próprio/a	eccl11	Aquilo que faço no turismo permite que me sinta bem comigo próprio/a
		eccl13	O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com os problemas	-----	-----
		eccl15	Nos meus tempos de lazer, sou capaz de exprimir abertamente quem sou	eccl15	Em contexto de turismo, sou capaz de exprimir abertamente quem sou
		eccl19	As coisas que faço no tempo de lazer ajudam-me a ganhar confiança	eccl19	As coisas que faço no turismo ajudam-me a ganhar confiança
		eccl26	A minha participação no lazer fortalece o meu autoconceito	eccl26	A minha participação no turismo fortalece o meu autoconceito
		eccl30	As oportunidades para me exprimir no lazer fortalecem o meu autoconceito	eccl30	As oportunidades para me exprimir no turismo fortalecem o meu autoconceito
AMIZADE	Suporte Emocional	eccl7	Os meus companheiros de lazer escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais	eccl7	Os meus companheiros de turismo escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais
		eccl8	Para mim, o lazer é um meio para desenvolver amizades	-----	-----
		eccl28	Sinto-me emocionalmente apoiado/a pelos meus companheiros de lazer	eccl28	Sinto-me emocionalmente apoiado/a pelos meus companheiros de turismo
		eccl29	Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de lazer	eccl29	Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de turismo

**Tabela 24** – Escala ECCL versus Escala ECCL-TA (continuação)

ECCL				ECCL-TA	
		Nº	Item	Nº	Item
AMIZADE (continuação)	Autoestima	eccl1	Os meus companheiros de lazer ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a	eccl1	Os meus companheiros de turismo ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a
		eccl10	Os meus companheiros de lazer estimam-me muito	eccl10	Os meus companheiros de turismo estimam-me muito
		eccl21	Sou respeitado/a pelos meus companheiros de lazer	eccl21	Sou respeitado/a pelos meus companheiros de turismo
		eccl24	Sinto-me apreciado/a pelos meus companheiros de lazer	eccl24	Sinto-me apreciado/a pelos meus companheiros de turismo
	Ajuda Tangível	eccl12	Quando eu preciso de algum objecto, os meus companheiros de lazer emprestam-me	eccl12	Quando eu preciso de algum objecto, os meus companheiros de turismo emprestam-me
		eccl14	Se eu preciso de ajuda extra para realizar certas tarefas, posso recorrer aos meus companheiros de lazer	eccl14	Se eu preciso de ajuda extra para realizar certas tarefas, posso recorrer aos meus companheiros de turismo
		eccl16	Os meus companheiros de lazer poderão, se eu precisar, emprestar-me dinheiro	eccl16	Os meus companheiros de turismo poderão, se eu precisar, emprestar-me dinheiro
		eccl25	Muitos dos meus companheiros de lazer ficam satisfeitos por tomar conta da minha casa (apartamento), das crianças ou dos animais domésticos quando eu estou fora	eccl25	Muitos dos meus companheiros de turismo ficam satisfeitos por tomar conta da minha casa (apartamento), das crianças ou dos animais domésticos quando eu estou fora
	Suporte Informativo	eccl3	Os meus companheiros de lazer ajudam-me a decidir o que devo fazer	eccl3	Os meus companheiros de turismo ajudam-me a decidir o que devo fazer
		eccl18	Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades	eccl18	Os meus companheiros de turismo dão-me conselhos quando estou com dificuldades
		eccl20	Os meus companheiros de lazer dão-me, com frequência, informações úteis	eccl20	Os meus companheiros de turismo dão-me, com frequência, informações úteis
		eccl23	Posso falar com os meus companheiros de lazer quando não tenho a certeza do que devo fazer	eccl23	Posso falar com os meus companheiros de turismo quando não tenho a certeza do que devo fazer

Por último, os índices de qualidade do ajustamento encontram-se globalmente próximos de valores aceitáveis:  $\chi^2=447,49$  ( $p=0,000$ ),  $\chi^2/df^3=2,14$ ,  $RMSEA=0,061$ ,  $GFI=0,88$ ,  $AGFI=0,85$ ,  $NNFI=0,97$  e  $CFI=0,97$ . Estes resultados sugerem que o modelo inicial proposto corresponde a uma representação próxima da realidade, no que diz respeito à avaliação proposta das dimensões e subdimensões, ou seja, dos constructos que compõem as crenças de *Coping* através do lazer no âmbito do turismo para sujeitos com incapacidade motora e sensorial. Verifica-se, ainda, a unidimensionalidade de cada constructo, constatando-se que cada item mede apenas uma subdimensão ou constructo, permitindo ainda observar os níveis de associação (valores de covariância) entre os diferentes constructos, obtendo-se a representação em *path diagram* que se apresenta na Figura 16.

<sup>3</sup> Degree of Freedom (Grau de Liberdade)



Chi-square = 477,49, df = 223, p-value = 0,00000, RMSEA = 0,061

**Figura 16** – Representação Esquemática dos resultados da AFC para a ECCL-TA

**(ii) EECL-TA – Retificação da Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível**

No âmbito da aplicação da EECL em contexto turístico acessível a uma população específica, designadamente, a população com incapacidade motora e sensorial, verifica-se, tal como na ECCL analisada no ponto anterior, que os valores de ajustamento e fiabilidade aferidos para a escala original de 18 itens, proposta por Iwasaki & Mannell (2000), se encontram consideravelmente aquém do desejável. Desta forma, foi, igualmente, necessário proceder à retificação da escala original, considerando os resultados obtidos na análise fatorial confirmatória (ver Tabela 25).

Neste caso, realizaram-se três passos de correção da escala. No primeiro, obteve-se a Escala Retificada1, na qual foram retirados os itens com pesos fatoriais inferiores a 0,4 ( $<0,40$ ), identificados na AFC. No segundo, foram retirados os itens com pesos fatoriais inferiores a 0,5 ( $<0,50$ ), identificados na AFC, obtendo-se a Escala Retificada2. E, finalmente, no terceiro exercício, alcançou-se a Escala Retificada3, na qual foram retirados os itens com pesos fatoriais inferiores ou iguais a 0,4 ( $\leq 0,40$ ), identificados na AFC, especificamente, os itens eccl2, eccl12, eccl13 e eccl15. Esta retificação equivale a repor o item eccl10 na estrutura sugerida na escala Retificada2, uma vez que, se obtém um valor mais satisfatório para o índice de fiabilidade da subescala Humor Positivo.

Desta forma, constata-se que a Estratégia Paliativa, para os indivíduos com incapacidade, em contexto de turismo acessível, poderá ser avaliada da mesma forma que através do lazer para a população em geral, enquanto que nas estratégias de Companheirismo e Humor Positivo, apesar da maioria dos itens de medição se revelarem adequados, sugerem maior estudo e adaptação no futuro, já que em cada uma das dimensões referidas houve necessidade de eliminação de 2 itens, sobretudo por se tratarem de itens invertidos. Na estratégia Companheirismo eliminou-se o eccl2 “O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam” e o eccl15 “A falta de companheirismo no lazer impediu-me de lidar com o stress”, enquanto na estratégia Humor Positivo se eliminaram os eccl12 “O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o bom humor” e eccl13 “O lazer fez-me sentir triste”.

**Tabela 25** - Índices de ajustamento e fiabilidade da EECL total e escalas retificadas

Índices		Total	Retificada1	Retificada2	Retificada3
$\alpha$	EECL	0,861	0,890	0,888	0,887
	Companheirismo	0,768	0,829	0,855	0,855
	Estratégia Paliativa	0,758	0,758	0,758	0,758
	Humor Positivo	0,675	0,711	0,652	0,711
Rácio do Qui-Quadrado		5,00	4,85	4,77	4,32*
RMSEA		0,11	0,11	0,11	0,10*
GFI		0,81	0,84	0,87	0,87*
AGFI		0,75	0,79	0,81	0,82*
NNFI		0,88	0,91	0,92	0,92
CFI		0,90	0,92	0,93	0,93
Legenda: *estes valores ficam além dos valores desejados, mas trata-se da estrutura que, globalmente, apresenta melhores índices de ajustamento					

Assim, a organização estrutural com melhores índices de ajustamento do modelo e com melhores valores de fiabilidade total e por dimensão é aquela apresentada na Escala Retificada3, nomeadamente:

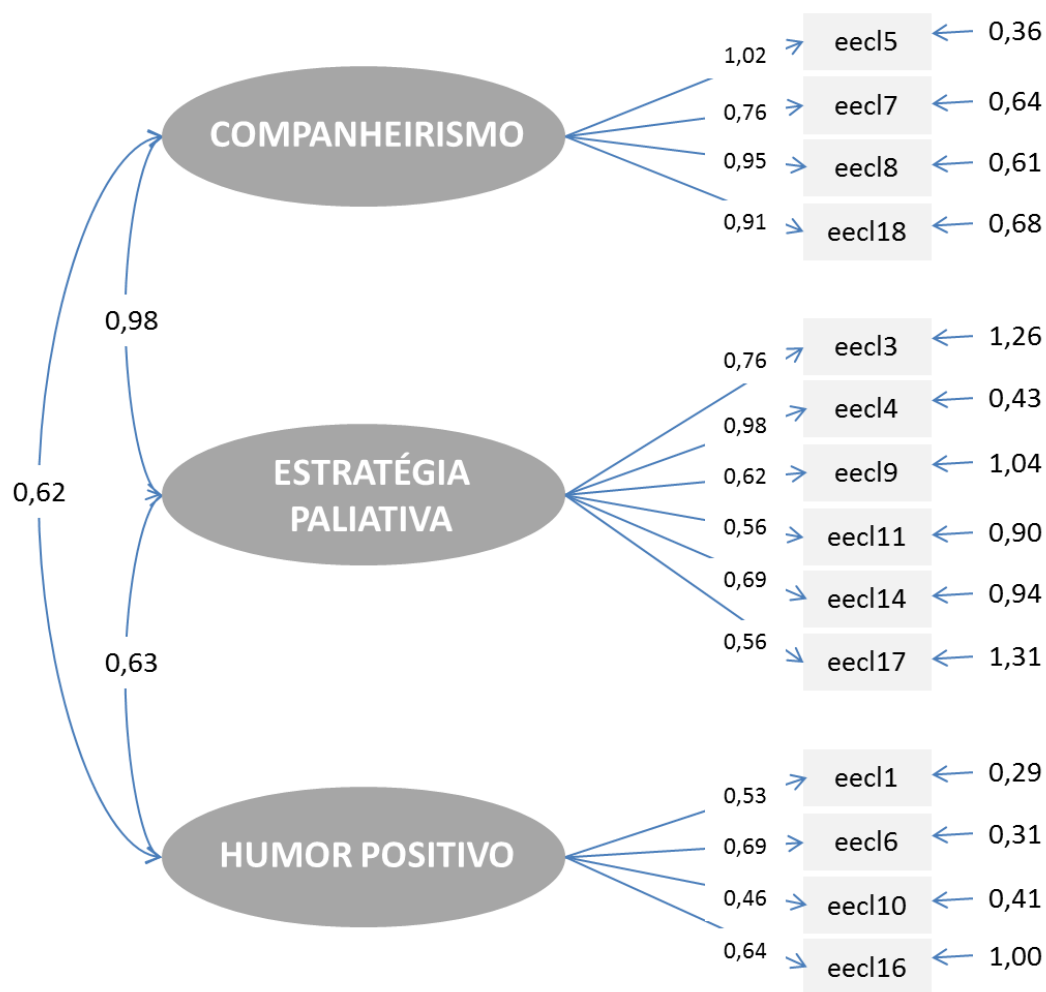
- Companheirismo: eecl5, eecl7, eecl8, eecl18
- Estratégia Paliativa: eecl3, eecl4, eecl9, eecl11, eecl14, eecl17
- Humor Positivo: eecl1, eecl6, eecl10, eecl16

Tal como já foi referido, esta escala é obtida eliminando os itens eecl2 (dimensão Companheirismo na escala original), eecl12 (dimensão Humor Positivo na escala original), eecl13 (dimensão Autodeterminação na escala original), e eecl15 (dimensão Companheirismo na escala original) da estrutura original da escala EECL, verificando-se que a Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer (EECL), poderá ser aplicada a indivíduos com incapacidade motora e sensorial, no contexto do turismo acessível, considerando as modificações referidas (EECL-TA: Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível) (ver Tabela 26). Deste modo, constata-se o relacionamento deste resultado com a hipótese de investigação H5, recomendando-se a adaptação da ECCL para uma estrutura total de 14 itens (EECL-TA).

**Tabela 26 – Escala EECL versus Escala EECL-TA**

EECL			EECL-TA	
	Nº	Item	Nº	Item
Companheirismo	eecl2	O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam	-----	-----
	eecl5	Socializar através do lazer foi uma maneira de gerir o stress	eecl5	Socializar através do turismo foi uma maneira de gerir o stress
	eecl7	Lidei com o stress através dos momentos de lazer que passei com os meus amigos	eecl7	Lidei com o stress através dos momentos em contexto de turismo que passei com os meus amigos
	eecl8	Para mim, estar envolvido em lazer social foi uma estratégia para lidar com o stress	eecl8	Para mim, estar envolvido no turismo social foi uma estratégia para lidar com o stress
	eecl15	A falta de companheirismo no lazer impediu-me de lidar com o stress	-----	-----
	eecl18	Uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em actividades de lazer social	eecl18	Uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em actividades turísticas sociais
Estratégia Paliativa	eecl3	Envolvi-me numa atividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema	eecl3	Envolvi-me numa atividade turística para me livrar temporariamente de um problema
	eecl4	O escape através do lazer foi uma maneira de gerir o stress	eecl4	O escape através do turismo foi uma maneira de gerir o stress
	eecl9	O lazer foi um meio importante para me manter ocupado/a	eecl9	O turismo foi um meio importante para me manter ocupado/a
	eecl11	O envolvimento no lazer permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas	eecl11	O envolvimento no turismo permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas
	eecl14	Escapar dos problemas através do lazer permitiu-me enfrentá-los com energia renovada	eecl14	Escapar dos problemas através do turismo permitiu-me enfrentá-los com energia renovada
	eecl17	Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o stress	eecl17	Fiz uma breve pausa de turismo para lidar com o stress
Humor Positivo	eecl1	O lazer fez com que me sentisse melhor	eecl1	O turismo fez com que me sentisse melhor
	eecl6	O lazer fez-me ter sentimentos positivos	eecl6	O turismo fez-me ter sentimentos positivos
	eecl10	Eu mantive uma boa disposição nos tempos de lazer	eecl10	Eu mantive uma boa disposição no contexto do turismo
	eecl12	O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o bom humor	-----	-----
	eecl13	O lazer fez-me sentir triste	-----	-----
	eecl16	O lazer ajudou-me a gerir os sentimentos negativos	eecl16	O turismo ajudou-me a gerir os sentimentos negativos

Por fim, apura-se que os índices de qualidade do ajustamento são genericamente próximos de valores aceitáveis:  $\chi^2=319,74$  ( $p=0,000$ ),  $\chi^2/df^4=4,32$ , RMSEA=0,104, GFI=0,87, AGFI=0,82, NNFI=0,92 e CFI=0,93. Estes valores indicam que o modelo proposto condiz com a realidade, apesar de testemunharem algumas fragilidades, já que há valores que ficam além do desejado. Por outro lado e tal como na ECCL-TA, afere-se a unidimensionalidade de cada constructo, já que cada item mede apenas uma das dimensões ou constructos que compõem as estratégias de *Coping* através do lazer no contexto do turismo acessível, possibilitando a observação dos níveis de associação (valores de co-variância) entre estes constructos, obtendo-se a representação em formato *path diagram*, tal como se expõe na Figura 17.



**Chi-square = 319,74, df = 74, p-value = 0,00000, RMSEA = 0,104**

**Figura 17** - Representação Esquemática dos resultados da AFC para a EECL-TA

Em resumo, a análise fatorial confirmatória possibilitou a adaptação das ECL para um contexto de turismo acessível, considerando a população-alvo da presente investigação: os indivíduos com incapacidade motora e sensorial. Estas análises resultaram na validação do modelo conceptual proposto, inicialmente, e na criação de novas estruturas de avaliação das crenças e estratégias de *coping*, considerando as especificidades referidas: a ECCL-TA e a EECL-TA. Desta maneira, serão estas novas estruturas que servirão de base para as restantes análises estatísticas que se descreverão de seguida, detalhadamente a análise univariada, a análise correlacional e a análise bivariada.

<sup>4</sup> Degree of Freedom (Grau de Liberdade)



### 7.2.3 Resultados da análise univariada

A análise univariada ou descritiva realizada consiste na ordenação e destaque dos itens mais pontuados que compõem os constructos (subdimensões e dimensões) em avaliação nas ECL-TA. Desta forma, analisaram-se médias, modas, medianas, entre outros indicadores e apuraram-se relações funcionais entre variáveis para cada uma das ECL-TA.

Considerando os resultados estatísticos obtidos na análise fatorial confirmatória para cada uma das variáveis consideradas no modelo conceptual, observa-se que a ECCL-TA, com 23 itens, se desdobra em seis fatores de análise ou subdimensões: (i) Autodeterminação (itens eccl2, eccl5), (ii) *Empowerment* (itens eccl4, eccl11, eccl15, eccl19, eccl26, eccl30), (iii) Suporte Emocional (itens eccl7, eccl28, eccl29), (iv) Autoestima (itens eccl1, eccl10, eccl21, eccl24), (v) Ajuda Tangível (itens eccl12, eccl14, eccl16, eccl25), e (vi) Suporte Informativo (itens eccl3, eccl18, eccl20, eccl23), que por sua vez, se conjugam apenas em dois fatores mais robustos ou dimensões: (1) Autonomia (Autodeterminação + *Empowerment*) e (2) Amizade (Suporte Emocional + Autoestima + Ajuda Tangível + Suporte Informativo), permitindo melhores interpretações de resultados. Ao mesmo tempo, a EECL-TA, com 14 itens, compreende três fatores de análise: (1) Companheirismo (itens eecl5, eecl7, eecl8, eecl18), (2) Estratégia Paliativa (itens eecl3, eecl4, eecl9, eecl11, eecl14, eecl17), e (3) Humor Positivo (itens eecl1, eecl6, eecl10, eecl16).

Assim, expõem-se de seguida, para cada item de cada uma das escalas adaptadas à população com incapacidade no contexto de turismo acessível, as medidas univariadas dos constructos em estudo: (i) análise descritiva da ECCL-TA e (ii) análise descritiva da EECL-TA.

#### (i) Análise descritiva da ECCL-TA

A ECCL-TA, tal como já foi referido, permite avaliar duas grandes dimensões das crenças de *coping*: a Autonomia e a Amizade. A Autonomia é observada a partir das subdimensões de Autodeterminação e *Empowerment*, enquanto a Amizade é verificada com base nas subdimensões de Suporte Emocional, Autoestima, Ajuda Tangível e Suporte Informativo. Qualquer uma das dimensões foi avaliada por meio de itens de análise, classificadas pelos inquiridos através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, sendo que 1, corresponde a “não concordo” e 5, a “concordo muitíssimo”.

Assim, de uma maneira global, apurou-se que os resultados descritivos indicam valores de média, moda e mediana maioritariamente acima de 3, exceto para o item 29, “falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de turismo”, com média de 1,91 (DP = 1,16) e moda e mediana de 1 ponto, o que é perfeitamente justificável, já que se trata de um item invertido. Por outro lado, destaca-se igualmente o item 11, “aquilo que faço no turismo permite que me sinta bem consigo

próprio/a”, com os maiores valores relativos de média (4,40 e DP=0,72), moda (5) e mediana (5) (ver Tabela 27, pp. 240).

Por conseguinte, os resultados por subdimensão de análise (Autodeterminação, *Empowerment*, Suporte Emocional, Autoestima, Ajuda Tangível e Suporte Informativo), apresentam algumas diferenças que se observam através da Tabela 27 e se destacam nos parágrafos subsequentes.

Na Autodeterminação, salienta-se uma média de 4,33 (DP=0,81), moda (5) e mediana (5) superiores para o item 2, “o turismo fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade”, se bem que o outro item (eccl5) que constitui esta subdimensão, “no turismo adquirei sentimentos de controlo pessoal”, também apresenta uma média elevada (3,86; DP=0,97) e moda e mediana de 4 pontos.

Na subdimensão *Empowerment*, ressalva-se o item 11, já referido anteriormente pelas elevadas pontuações nos indicadores em análise: média de 4,40 (DP=0,72), moda (5) e mediana (5), mas serão também de notar os elevados valores descritivos dos restantes itens que compõem esta subdimensão, sobretudo nos itens 4 e 19, com médias a rondar os 4 pontos. O item 4, “o meu envolvimento no turismo fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida”, com 3,91 de média (DP=0,96), e o item 19, “as coisas que faço no turismo ajudam-me a ganhar confiança”, com 3,98 de média (DP=0,90).

No caso do Suporte Emocional, evidencia-se o item 28, “sinto-me emocionalmente apoiado/a pelos meus companheiros de turismo”, com uma média de 4,05 (DP=0,93, moda de 4 e mediana de 4).

Ao nível da Autoestima, destaque para os elevados resultados em todos os itens, acima de 4, exceto no item 24, “sinto-me apreciado/a pelos meus companheiros de turismo” em que a média é ligeiramente inferior 3,99 (DP=0,94). Assim, será importante sublinhar os resultados dos itens 1, “os meus companheiros de turismo ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a” (média 4,29; DP=0,90), 10, “os meus companheiros de turismo estimam-me muito” (média 4,26; DP=0,83), e 21, “sou respeitado/a pelos meus companheiros de turismo” (média 4,39; DP=0,80).

Na Ajuda Tangível, sobressai negativamente o item 25, “muitos dos meus companheiros de turismo ficam satisfeitos por tomar conta da minha casa (apartamento), das crianças ou animais domésticos, quando estou fora”, com uma média de apenas 2,83 (DP=1,26) e moda e mediana de 3 pontos. Este resultado, tal como referido no estudo de Santos *et al* (2003, p. 444) que aplicou a mesma escala, “poderá estar relacionado com a sua possível falta de aplicação ao contexto português”, já que a maioria dos inquiridos apresenta situações de incapacidade que causam dependência de outrem, o que faz com que muitos deles vivam com os seus familiares, não possuindo casa própria ou animais de estimação.

Por fim, no âmbito do Suporte Informativo, todos os itens alcançam resultados de moda e mediana acima de 4 pontos, exceto o item 3, “os meus companheiros de turismo ajudam-me a decidir o que devo fazer”, com média de 3,38 (DP=1,07), moda e mediana de apenas 3.

Resumindo, constata-se que ambas as dimensões apresentam valores descritivos bastante elevados (ver Tabela 27, pp. 240), destacando-se a subdimensão *Empowerment* com o item (eccl 11) com os maiores valores médios, na dimensão Autonomia, e a subdimensão Autoestima, na dimensão Amizade, detentora dos itens (eccl 1, 10, 21 e 24) com os valores médios mais significativos no seu conjunto.

**Tabela 27** - Análise univariada dos itens da escala ECCL-TA

DIMENSÕES		AUTONOMIA								AMIZADE														
SUB-DIMENSÕES		AUTODET.		EMPOWERMENT						SUPORTE EMOCIONAL			AUTOESTIMA				AJUDA TANGÍVEL			SUPORTE INFORMATIVO				
ITENS		eccl 2	eccl 5	eccl 4	eccl 11	eccl 15	eccl 19	eccl 26	eccl 30	eccl 7	eccl 28	eccl 29*	eccl 1	eccl 10	eccl 21	eccl 24	eccl 12	eccl 14	eccl 16	eccl 3	eccl 25	eccl 18	eccl 20	eccl 23
Média		4,33	3,86	3,91	4,40	3,94	3,98	3,85	3,82	3,89	4,05	1,91	4,29	4,26	4,39	3,99	4,08	4,19	3,56	3,38	2,83	3,78	3,88	3,92
Mediana		5,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	1,00	5,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00
Moda		5,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	1,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00
Desvio Padrão (DP)		0,81	0,97	0,96	0,72	0,95	0,90	0,99	0,95	0,97	0,93	1,16	0,90	0,83	0,80	0,94	0,93	0,89	1,30	1,07	1,26	0,97	0,90	0,90
Mínimo		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Máximo		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Perce- ntis	25	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00	3,00	3,00	3,00	4,00	1,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	3,00	3,00	2,00	3,00	3,00	3,00
	50	5,00	4,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	1,00	5,00	4,00	5,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00
	75	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	2,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00
Legenda: *Item invertido																								

## (ii) Análise descritiva da EECL-TA

No que diz respeito aos resultados univariados da EECL-TA, à semelhança dos resultados apurados para a ECCL-TA, permite avaliar três grandes dimensões das estratégias de *coping*: o Companheirismo, o Estratégia Paliativa e o Humor Positivo. No que se refere à avaliação das dimensões identificadas, a classificação foi realizada igualmente por meio de uma escala de *Likert* de 5 pontos, sendo que 1, corresponde a “não concordo” e 5, a “concordo muitíssimo”.

Deste modo, observando a Tabela 28, verifica-se que todos os itens alcançam uma mediana de 3 e 4 pontos, o que significa que a maioria dos inquiridos com incapacidade motora e sensorial “concorda moderadamente” (3) ou “concorda muito” (4) com as afirmações relacionadas com as estratégias de *coping* através do lazer em contexto de turismo.

Concretamente, no que diz respeito à dimensão de Companheirismo, evidencia-se o item 18, “uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em atividades de turismo social”, com média (3,23, DP=1,23) e moda (3), inferiores aos restantes itens constituintes dessa dimensão, com modas de 4 pontos e médias superiores a 3,30, designadamente o item 5, “socializar através do turismo foi uma maneira de gerir o stress” (média 3,51; DP=1,18).

Na dimensão do Estratégia Paliativa, maior destaque para o item 3, “envolvi-me numa atividade de turismo para me livrar temporariamente de um problema” com valores muito baixos, assinaladamente, média de 2,68 (DP=1,36), mediana de 3 e moda de 1, o que revela fraca concordância dos indivíduos relativamente à afirmação, variando maioritariamente entre “concordo pouco” (2) e “não concordo” (1). Outro item com níveis de concordância menos elevados que os restantes, mas ainda assim, maiores que o item anterior, é o item 17, “fiz uma breve pausa de turismo para lidar com o stress”, apresentando média de apenas 2,56 (DP=1,27) e mediana e moda de 3 pontos. Por sua vez, e pela razão inversa, ou seja, pelas pontuações médias mais elevadas, há que destacar os itens 4, “o escape através do turismo foi uma maneira de lidar com o stress”, e 9, “o turismo foi uma maneira importante para me manter ocupado/a”, com média 3,55 (DP=1,18) e 3,53 (DP=1,19), respectivamente (ver Tabela 28, pp. 242).

Por último, na dimensão de Humor Positivo, sublinha-se que todos os seus itens associados obtêm a moda mais elevada de toda a escala (5 pontos), bem como as médias mais elevadas, acima dos 4,20, especificamente, os itens 6, “o turismo fez-me ter sentimentos positivos” (média 4,20; DP=0,89) e 10, “eu mantive uma boa disposição nos tempos de turismo” (média 4,28; DP=0,79). A exceção vai para o item 16, “o turismo ajudou-me a gerir os sentimentos negativos” com pontuações ligeiramente inferiores: média de 3,52 (DP=1,19) e mediana e moda de 4 pontos.

De uma forma geral, a dimensão que obtém valores descritivos menos elevados é a Estratégia Paliativa, com médias a variar entre os 2,50 e os 3,50, seguindo-se o Companheirismo com médias entre 3,00 e 3,50 aproximadamente, sobressaindo os valores mais elevados da dimensão Humor Positivo com médias superiores 3,50.

**Tabela 28** - Análise univariada dos itens da escala EECL-TA

DIMENSÕES		COMPANHEIRISMO				ESTRATÉGIA PALIATIVA					HUMOR POSITIVO			
ITENS		eecI5	eecI7	eecI8	eecI18	eecI3	eecI4	eecI9	eecI11	eecI14	eecI17	eecI6	eecI10	eecI16
Média		3,51	3,48	3,30	3,23	2,68	3,55	3,53	3,49	3,47	2,56	4,20	4,28	3,52
Mediana		4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00
Moda		4,00	4,00	4,00	3,00	1,00	4,00	4,00	3,00	4,00	3,00	5,00	5,00	4,00
Desvio Padrão (DP)		1,18	1,10	1,23	1,23	1,36	1,18	1,19	1,10	1,19	1,27	0,89	0,79	1,19
Mínimo		1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Máximo		5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Percentis	25	3,00	3,00	2,00	2,00	1,00	3,00	3,00	3,00	3,00	1,00	4,00	4,00	3,00
	50	4,00	4,00	3,00	3,00	3,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	4,00	4,00	4,00
	75	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	4,00	3,00	5,00	5,00	4,00

Paralelamente, será importante compreender os resultados descritivos para cada uma das dimensões e subdimensões de ambas as escalas, considerando os seus valores totais e absolutos, tal como se apresenta na Tabela 29, já que esta análise está relacionada com as hipóteses de investigação H6 e H7.

**Tabela 29** - Resultados descritivos das dimensões e subdimensões das ECL

		Média	Mediana	Desvio Padrão (DP)	Mínimo	Máximo	Skewness	Kurtosis
	<b>ECCL-TA</b>	3,85	3,86	0,53	2,17	5,00	-0,37	-0,02
<b>Autonomia</b>	<b>Autodeterminação</b>	4,10	4,00	0,78	1,00	5,00	-0,99	0,98
	<b>Empowerment</b>	3,98	4,00	0,70	1,33	5,00	-0,70	0,79
<b>Amizade</b>	<b>Suporte Emocional</b>	3,28	3,33	0,54	1,67	5,00	0,09	0,99
	<b>Autoestima</b>	4,23	4,25	0,68	1,50	5,00	-0,91	0,69
	<b>Ajuda Tangível</b>	3,66	3,69	0,82	1,25	5,00	-0,34	-0,30
	<b>Suporte Informativo</b>	3,74	3,75	0,71	1,25	5,00	-0,51	0,32
	<b>EECL-TA</b>	3,51	3,57	0,72	1,00	5,00	-0,33	0,04
	<b>Companheirismo</b>	3,38	3,50	0,99	1,00	5,00	-0,45	-0,30
	<b>Estratégia Paliativa</b>	3,21	3,33	0,82	1,00	5,00	-0,26	-0,05
	<b>Humor Positivo</b>	4,09	4,00	0,67	1,00	5,00	-0,73	1,17

A participação no turismo acessível tem um efeito positivo no *coping* de pessoas com incapacidade motora e sensorial, não só através das crenças, como através das estratégias desenvolvidas (H6), observável através da análise das médias totais atribuídas a cada uma das ECL, considerando-se um “efeito positivo” níveis de concordância iguais ou acima dos 2 pontos (já que a escala de *Likert* aplicada assume a positividade a partir desse valor, ou seja, 1, corresponde a não concordo, 2, a concordo pouco, 3, a concordo moderadamente, 4, a concordo muito, e 5, a concordo muitíssimo).

Desta forma, a ECCL-TA apresenta uma média global de 3,85 (DP=0,53) e uma mediana de 3,86, destacando-se o valor mínimo de concordância atribuído a esta escala de 2,17. Por seu turno, na EECL-TA observam-se valores de análise, igualmente, positivos, sendo que a média se situa nos 3,51 (DP=0,72) e a mediana nos 3,57.

No que concerne a hipótese H7, a participação em atividades de lazer no contexto do turismo acessível potencia positivamente várias dimensões biopsicossociais do indivíduo com incapacidade motora e sensorial, a análise de resultados realizar-se-á por meio da mesma lógica, ou seja, estudar-se-ão os valores descritivos conferidos a cada uma das dimensões investigadas, compreendendo-se como “potencial positivo”, níveis de concordância iguais ou acima dos 2 pontos.

No âmbito das crenças associadas ao lazer, investigaram-se duas dimensões: a Autonomia e a Amizade. Na dimensão da Autonomia, estudaram-se as subdimensões da Autodeterminação e do *Empowerment*, que obtiveram médias de 4,10 (DP=0,78) e 3,98 (DP=0,70), respetivamente, não esquecendo uma mediana comum de 4,00 pontos. No caso da dimensão da Amizade, as subdimensões analisadas foram: o Suporte Emocional, com média de 3,28 (DP=0,54) e mediana de 3,33; a Autoestima, com média de 4,23 (DP=0,68) e mediana de 4,25; a Ajuda Tangível, com média de 3,66 (DP=0,82) e mediana de 3,69; e o Suporte Informativo, com média de 3,74 (DP=0,71) e mediana de 3,75. Destaque para as subdimensões Autoestima, Autodeterminação e *Empowerment*, com medianas, iguais ou superiores a 4 pontos, muito acima do valor mínimo de concordância estabelecido (2 pontos).

No caso das estratégias desenvolvidas por meio do lazer, investigaram-se três dimensões: Companheirismo, Estratégia Paliativa e Humor Positivo. O Companheirismo apresenta média de concordância de 3,38 (DP=0,99) e mediana de 3,50 pontos, a Estratégia Paliativa exibe resultados de concordância semelhantes, com média de 3,21 (DP=0,82) e mediana de 3,33, evidenciando-se a dimensão Humor Positivo com valores ligeiramente mais elevados, designadamente média de 4,09 (DP=0,67) e mediana de 4,00 pontos.

A análise descritiva dos dados quantitativos recolhidos permitiu compreender melhor a composição das dimensões e subdimensões (constructos) em estudo, de forma minuciosa, recordando duas hipóteses de investigação (H6 e H7) e suportando a proposta de Modelo Conceptual, já que reforça a sua legitimidade e facilita a sua análise correlacional, que se apresenta de seguida.

#### 7.2.4 Resultados da análise de correlação

A análise inferencial pretende conduzir o raciocínio necessário para obter conclusões gerais, ou seja, inferências ou generalizações para a população com incapacidade motora e sensorial, no que diz respeito às crenças e estratégias de *coping* através do lazer no âmbito da atividade turística acessível, por meio de testes às hipóteses estipuladas. Desta forma, pretende-se compreender as relações que poderão existir entre os totais das escalas ajustadas, ECCL-TA e EECL-TA apuradas nos pontos anteriores, e as suas dimensões ou subdimensões e ainda entre



os seus itens de medição e cada dimensão ou subdimensão. Assim, calcularam-se, as correlações existentes através do Coeficiente de *Spearman* ( $\rho$ ), tal como se apresenta no Anexo G, Tabelas 46, 47, 48, 49, 50 e 51 para a ECCL-TA e no Anexo H, Tabelas 52, 53 e 54 para a EECL-TA.

Este coeficiente de *Spearman* varia de -1 a 1 e quanto mais próximo estiver destes extremos, maior será a associação entre as variáveis em análise. O sinal negativo da correlação significa que as categorias mais elevadas de uma variável estão associadas às categorias menos elevadas da outra variável (Marôco, 2010b), assumindo-se que valores iguais ou superiores a 0,70, representam associações fortes ou robustas.

### (i) Análise da ECCL-TA

Iniciou-se a análise de correlação com a ECCL-TA, especificamente, entre as suas subdimensões (Autodeterminação, *Empowerment*, Suporte Emocional, Autoestima, Ajuda Tangível e Suporte Informativo) e os seus respetivos itens de medição.

Desta forma, constatou-se que na Autodeterminação (ver Anexo G, Tabela 46) existe uma associação bastante forte ( $\rho > 0,70$ ) entre o constructo Autodeterminação e os dois itens que a compõem (eccl5 e eccl2), o que significa que quando o valor de qualquer um dos itens aumenta, automaticamente, a Autodeterminação dos indivíduos tenderá a aumentar, já que o item eccl5 apresenta valores de  $\rho = 0,89$  e o item eccl2 valores de  $\rho = 0,82$ .

Paralelamente, analisou-se o *Empowerment*, subdimensão esta constituída por um maior número de itens. Todavia, este número elevado, não influencia o seu relacionamento, aferindo-se valores correlacionais bastante aceitáveis. Os itens eccl4, eccl19, eccl26 e eccl30 revelam maior nível de associação com a variável *Empowerment* ( $\rho > 0,70$ ), sendo que os itens eccl11 ( $\rho = 0,68$ ) e eccl15 ( $\rho = 0,69$ ) apresentam menor relação, tal como se pode constatar através do Anexo G (Tabela 47).

Por sua vez, na subdimensão Suporte Emocional, verifica-se uma associação robusta com um dos itens, o eccl7 ( $\rho = 0,72$ ), mas mais fraca relativamente aos restantes itens, especialmente, com o item eccl29 com um valor de correlação bastante débil de  $\rho = 0,17$  (ver Anexo G, Tabela 48). No entanto, é importante sublinhar que este valor poderá ser justificado, na medida em que este item se trata de um item invertido.

Considerando a Autoestima, apurou-se que todos os itens estabelecidos têm uma excelente associação com a sua variável dependente ( $\rho > 0,70$ ), determinando que quando qualquer um deles obtém pontuações de concordância elevadas, consequentemente a Autoestima tenderá a aumentar (ver Anexo G, Tabela 49).

Na mesma lógica, surge a subdimensão de Ajuda Tangível, já que todos os itens que a compõem também apresentam valores de associação bastante robustos ( $\rho > 0,70$ ), tal como se pode constatar por meio da observação do Anexo G (Tabela 50).

Finalmente, e analisando a Tabela 51 do Anexo G, o caso da subdimensão Suporte Informativo é semelhante às duas subdimensões anteriores, já que todos os seus itens testemunham níveis de correlação ou associação fortes ( $p > 0,70$ ), exceto o item eccl3 com um valor ligeiramente inferior  $p = 0,63$ .

Em suma, a ECCL-TA no contexto de turismo acessível para a população específica com incapacidade motora e sensorial, apresenta valores de associação muito fortes com as subdimensões *Empowerment* ( $p = 0,79$ ), Autoestima ( $p = 0,82$ ), Ajuda Tangível ( $p = 0,77$ ), e Suporte Informativo ( $p = 0,83$ ) (ver Tabela 30). Estas subdimensões apesar de constituírem constructos claros e distintos entre si, são de índole sentimental ou do domínio das sensações. Assim, é inevitável que, por vezes, se confundam ou associem, daí que se tenha detetado, através de testes correlacionais estatísticos (ver Tabela 30) que a Autodeterminação esteja intimamente aliada ao *Empowerment* ( $p = 0,70$ ) e a Autoestima à Ajuda Tangível ( $p = 0,66$ ) e ao Suporte Informativo ( $p = 0,67$ ), apesar de ser importante sublinhar que estas duas últimas relações da Autoestima, não são tão fortes como aquela entre a Autodeterminação e o *Empowerment*.

Deste modo é possível verificar que ao nível das crenças de *coping* no contexto do turismo acessível, se destaca o *Empowerment*, no âmbito da Autonomia, e a Autoestima, Ajuda Tangível e Suporte Informativo, no âmbito da Amizade, deixando transparecer que estas serão as dimensões biopsicossociais mais associadas às crenças ou certezas psicológicas dos indivíduos com incapacidade para lidar com o stress, aquando da participação turística.

**Tabela 30** - Correlação entre subdimensões e escala total ECCL-TA

			AUTONOMIA		AMIZADE				
Coeficiente de <i>Spearman</i>			ECCL-TA	Autodeterminação	<i>Empowerment</i>	Suporte Emocional	Autoestima	Ajuda Tangível	Suporte Informativo
ρ	ECCL-TA		1,000	,570 <sup>**</sup>	,789 <sup>**</sup>	,540 <sup>**</sup>	,821 <sup>**</sup>	,769 <sup>**</sup>	,832 <sup>**</sup>
	AUTONOMIA	Autodeterminação	,570 <sup>**</sup>	1,000	,700 <sup>**</sup>	,147 <sup>*</sup>	,350 <sup>**</sup>	,233 <sup>**</sup>	,291 <sup>**</sup>
		<i>Empowerment</i>	,789 <sup>**</sup>	,700 <sup>**</sup>	1,000	,266 <sup>**</sup>	,529 <sup>**</sup>	,408 <sup>**</sup>	,503 <sup>**</sup>
	AMIZADE	Suporte Emocional	,540 <sup>**</sup>	,147 <sup>*</sup>	,266 <sup>**</sup>	1,000	,421 <sup>**</sup>	,339 <sup>**</sup>	,500 <sup>**</sup>
		Autoestima	,821 <sup>**</sup>	,350 <sup>**</sup>	,529 <sup>**</sup>	,421 <sup>**</sup>	1,000	,664 <sup>**</sup>	,671 <sup>**</sup>
		Ajuda Tangível	,769 <sup>**</sup>	,233 <sup>**</sup>	,408 <sup>**</sup>	,339 <sup>**</sup>	,664 <sup>**</sup>	1,000	,658 <sup>**</sup>
		Suporte Informativo	,832 <sup>**</sup>	,291 <sup>**</sup>	,503 <sup>**</sup>	,500 <sup>**</sup>	,671 <sup>**</sup>	,658 <sup>**</sup>	1,000
	Legenda: <sup>**</sup> A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)								
<sup>*</sup> A correlação é significativa ao nível de 0.05 (2-tailed)									

## (ii) Análise da EECL-TA

Numa segunda etapa, desenvolveu-se o estudo de correlação com a EECL-TA e entre as suas dimensões de análise (Companheirismo, Estratégia Paliativa e Humor Positivo) e os seus itens de avaliação.

No caso da dimensão Companheirismo, verificou-se a existência de uma forte associação entre todos os itens que a constituem e a variável total de Companheirismo, senão veja-se, *eecl5* com  $p=0,83$ , *eecl7* com  $p=0,82$ , *eecl8* com  $p=0,87$  e *eecl18* com  $p=0,80$ . Desta maneira, conclui-se que quando o valor de qualquer um dos itens aumenta, o Companheirismo tenderá a aumentar, tal como se pode constatar através da consulta do Anexo H (Tabela 52).

Por seu turno, na dimensão Estratégia Paliativa, aferiu-se uma associação robusta entre a variável em questão e os itens *eecl3* ( $p=0,71$ ) e *eecl4* ( $p=0,73$ ), enquanto que os restantes itens demonstraram associações mais frágeis, como se pode observar por meio da Tabela 53, no Anexo H.

Na dimensão de Humor Positivo, verifica-se uma correlação robusta com todos os seus itens ( $p>0,70$ ), exceto com o item *eccl10* com um valor ligeiramente inferior  $p=0,67$ , mas igualmente aceitável (ver Anexo H, Tabela 54).

Em síntese, ao aplicar a EECL-TA a pessoas com incapacidade motora e sensorial, tendo como pano de fundo o turismo acessível, constata-se que todas as dimensões da escala se encontram perfeitamente integradas. Estas dimensões, testemunham índices correlacionais muito vigorosos, tais como  $p=0,90$  para o Companheirismo,  $p=0,91$  para a Estratégia Paliativa, e  $p=0,71$  para o Humor Positivo (ver Tabela 31). Por outro lado, e tal como já foi referido no âmbito da análise de correlação da ECCL-TA, é importante lembrar que as dimensões resultantes da aplicação da escala, constituem constructos de índole sentimental ou do domínio das sensações. Daí, que tenha sido interessante apurar que as dimensões de Companheirismo e Estratégia Paliativa, demonstram uma associação robusta em termos estatísticos, com valor de  $p=0,73$ .

Desta forma, afere-se que as pessoas com incapacidade, quando participam em atividades turísticas, testemunham desenvolver estratégias de *coping*, que se encontram perfeitamente ligadas entre si, designadamente as estratégias Companheirismo, Paliativa e Humor Positivo.

**Tabela 31** - Correlação entre dimensões e escala total EECL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		EECL-TA	Companheirismo	Estratégia Paliativa	Humor Positivo
ρ	EECL-TA	1,000	,902**	,912**	,712**
	Companheirismo	,902**	1,000	,730**	,540**
	Estratégia Paliativa	,912**	,730**	1,000	,508**
	Humor Positivo	,712**	,540**	,508**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)					
* A correlação é significativa ao nível de 0.05 (2-tailed)					

A análise correlacional de ambas as escalas aplicadas (ECCL-TA e EECL-TA) permitiu reforçar a validade das adaptações realizadas, atestando a associação entre os vários itens selecionados e ainda entre as diferentes dimensões e subdimensões, ou entre os vários constructos propostos para a medição do *stress-coping*. Deste modo, os resultados apurados, para além de estabelecerem linhas orientadoras para a discussão dos resultados ao nível da hipótese de investigação H9 (a realizar no próximo Capítulo), sedimentam os alicerces necessários ao desenvolvimento da análise bivariada dos dados, com o intuito de consolidar a compreensão do relacionamento entre as variáveis em estudo, tal como se pretende esclarecer ao longo do ponto seguinte.

### 7.2.5 Resultados da análise bivariada

Tendo em consideração a análise univariada realizada, verificou-se que os dados recolhidos não cumprem os pressupostos necessários à utilização de instrumentos estatísticos paramétricos, tal como se pode ainda comprovar através da observação da Tabela 29 apresentada no ponto anterior, por meio dos valores obtidos nos indicadores *Skewness* e *Kurtosis*.

O valor de *Skewness*, sendo uma medida de simetria, estabelece a distribuição de um conjunto de dados, ou seja, traduz simetria se a distribuição dos dados for equivalente, à esquerda e à direita do ponto central. O valor de *Skewness* de uma distribuição normal é igual a zero, e todos os dados simétricos devem ter valores de *Skewness* perto de zero. Os valores negativos indicam dados distorcidos à esquerda, enquanto que os positivos indicam dados que estão inclinados para a direita (Pestana & Gageiro, 2005). Ao passo que o valor de *Kurtosis* traduz se os dados apresentam uma organização plana relativamente a uma distribuição normal. A distribuição normal padrão deverá apresentar um valor de *Kurtosis* igual a zero, sendo que valores positivos indicam

uma distribuição em “pico” e valores negativos apontam para uma distribuição “achatada” (Pestana & Gageiro, 2005).

Assim, tendo em consideração estes valores de medida nos dados recolhidos com a aplicação das ECL-TA na população com incapacidade em contexto de turismo, verifica-se que a sua distribuição não é normal (ver Tabela 29), obrigando assim a utilizar análises não paramétricas para os testes de relações entre variáveis, especificamente os testes de *Mann Whitney U* e de *Kruskal Wallis (KW)*.

O teste de *Mann Whitney U* foi utilizado para a realização de testes inferenciais, no sentido de verificar o relacionamento entre uma variável nominal e uma variável nominal dicotómica. Por sua vez, o teste de *KW* foi usado na avaliação de relações entre uma variável nominal e variáveis quantitativas (contínuas). Para estas variáveis quantitativas contínuas, numa primeira fase, testaram-se os pressupostos para aplicação da ANOVA, nomeadamente as observações serem independentes entre si, as observações dentro de cada grupo terem distribuição normal e existir homocedasticidade. Contudo, como nenhum dos pressupostos foram verificados, optou-se pelo teste *KW*. Por último, é importante referir que para a análise de qualquer um destes testes, *Mann Whitney U* e *Kruskal Wallis*, se utilizou um nível de significância de 5%.

O recurso a estas técnicas permitiu avaliar a hipótese de investigação H8, consentindo a análise da variação das crenças e das estratégias de *coping* consoante o tipo de incapacidade e o perfil sociodemográfico e económico da população em estudo. Desta maneira, cruzou-se cada uma das seguintes variáveis: (a) tipo de incapacidade, (b) género, (c) estado civil, (d) parentalidade, (e) habilitações literárias e (f) rendimento; com as dimensões e subdimensões da ECCL-TA e da EECL-TA.

Neste contexto, iniciaram-se os testes inferenciais através de uma análise de valores médios ou das medidas de tendência central, designadamente a média, o desvio padrão (DP) e o nível ou intervalo de confiança (IC) (Pestana & Gageiro, 2005; Field, 2009, Marôco, 2010b), partindo-se, depois, para o cruzamento de variáveis por meio dos testes de *Mann Whitney U* e *Kruskal Wallis*, para cada uma das escalas aplicadas.

#### **(i) Análise bivariada da ECCL-TA**

Considerando, primeiramente, as crenças de *coping* através do lazer em contexto de turismo acessível, isto é, a ECCL-TA, observou-se um valor médio de 3,81 (DP = 0,53) e 95% IC [3,79; 3,90]. A Tabela 32 destaca, também, os principais resultados obtidos ao nível das medidas de tendência central para a dimensões e subdimensões da escala em análise.

**Tabela 32** - Medidas de tendência central da ECCL-TA

		Média	95% IC (Limite Inferior)	95% IC (Limite Superior)	Desvio Padrão
	<b>ECCL-TA</b>	3,85	3,79	3,90	0,53
<b>Autonomia</b>	<b>Autodeterminação</b>	4,10	4,01	4,18	0,78
	<b>Empowerment</b>	3,98	3,90	4,06	0,70
<b>Amizade</b>	<b>Suporte Emocional</b>	3,28	3,22	3,34	0,54
	<b>Autoestima</b>	4,23	4,16	4,31	0,68
	<b>Ajuda Tangível</b>	3,66	3,57	3,76	0,82
	<b>Suporte Informativo</b>	3,74	3,66	3,82	0,71

Tendo como base estes valores médios, foi-nos possível partir para o cruzamento de variáveis, com o intuito de aferir a variação das crenças de *coping* (H8), obtendo os resultados apresentados nas Tabelas 33 a 36, para cada uma das variáveis em análise: (a) tipo de incapacidade, (b) género, (c) estado civil, (d) parentalidade, (e) habilitações literárias e (f) rendimento. Deste modo, apresentam-se nas referidas tabelas os valores apurados nos testes de *Mann Whitney U* e *Kruskal Wallis* (consoante o tipo de dados), seguindo-se os valores de significância e, por último, as médias do nível de concordância dos participantes do estudo (de acordo com a escala de *Likert* aplicada de 5 pontos, sendo que 1, corresponde a “não concordo” e 5, a “concordo muitíssimo”), não esquecendo os valores do desvio padrão (que se observam entre parêntesis).

**Tabela 33** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Tipo de Incapacidade” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA

			AUTONOMIA		AMIZADE				
			ECCL-TA	Autodeterminação	Empowerment	Suporte Emocional	Autoestima	Ajuda Tangível	Suporte Informativo
Teste de <i>Kruskal Wallis</i>			21,45	13,13	14,43	2,81	30,53	38,94	8,72
<i>p-value</i>			0,00	0,00	0,00	0,25	0,00	0,00	0,01
Média do Nível de Concordância (Desvio Padrão)	Tipo de Incapacidade	Motora	3,93	4,20	4,07	3,28	4,33	3,81	3,77
			(0,54)	(0,74)	(0,70)	(0,54)	(0,69)	(0,80)	(0,76)
		Visual	3,81	2,86	3,85	3,13	4,23	3,81	3,84
			(0,46)	(0,91)	(0,69)	(0,52)	(0,60)	(0,65)	(0,65)
		Auditiva	3,55	3,83	3,72	3,40	3,82	3,00	3,54
			(0,46)	(0,77)	(0,72)	(0,55)	(0,53)	(0,67)	(0,51)



**Tabela 34** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Estado Civil” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA

			AUTONOMIA		AMIZADE				
			ECCL-TA	Autodeterminação	Empowerment	Suporte Emocional	Autoestima	Ajuda Tangível	Suporte Informativo
Teste de <i>Kruskal Wallis</i>			2,20	6,27	4,83	0,40	0,68	1,44	10,03
<i>p-value</i>			0,53	0,10	0,19	0,94	0,88	0,70	<b>0,02</b>
Média do Nível de Concordância (Desvio Padrão)	Estado Civil	Solteiro	3,89	4,14	4,04	3,27	4,23	3,69	3,85
			(0,48)	(0,70)	(0,63)	(0,50)	(0,65)	(0,76)	(0,68)
		União de Facto	3,87	4,08	4,03	3,26	4,31	3,82	3,63
			(0,54)	(0,82)	(0,69)	(0,65)	(0,59)	(0,86)	(0,54)
		Casado	3,74	3,93	3,81	3,29	4,20	3,60	3,57
			(0,62)	(0,91)	(0,84)	(0,58)	(0,78)	(0,90)	(0,76)
		Divorciado/ Separado	3,88	4,40	4,10	3,23	4,36	3,59	3,60
			(0,62)	(0,79)	(0,80)	(0,39)	(0,56)	(0,97)	(0,90)

**Tabela 35** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Parentalidade” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA

			AUTONOMIA		AMIZADE				
			ECCL-TA	Autodeterminação	Empowerment	Suporte Emocional	Autoestima	Ajuda Tangível	Suporte Informativo
Teste de <i>Mann Whitney (U)</i>			7297,00	8774,50	7721,50	8466,50	8103,50	8240,50	6451,50
Teste de <i>Wilcoxon (W)</i>			11125,00	12602,50	11549,50	12294,50	11931,50	12068,50	10279,50
<i>p-value</i>			<b>0,00</b>	0,15	<b>0,05</b>	0,08	<b>0,00</b>	0,33	<b>0,01</b>
Média do Nível de Concordância (Desvio Padrão)	Parentalidade	Sem filhos	3,91	4,13	4,06	3,31	4,28	3,72	3,85
			(0,51)	(0,74)	(0,66)	(0,54)	(0,64)	(0,81)	(0,68)
		Com filhos	2,69	4,01	3,81	3,21	4,11	3,54	3,46
			(0,56)	(0,86)	(0,77)	(0,55)	(0,74)	(0,84)	(0,72)

**Tabela 36** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Rendimento” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA

					AUTONOMIA		AMIZADE			
			ECCL	Autodeterminação	Empowerment	Suporte Emocional	Autoestima	Ajuda Tangível	Suporte Informativo	
Teste de <i>Kruskal Wallis</i>			18,34	14,33	19,30	9,70	13,59	14,62	22,74	
<i>p-value</i>			<b>0,02</b>	0,07	<b>0,01</b>	0,29	0,09	0,07	<b>0,00</b>	
Média do Nível de Concordância (Desvio Padrão)	Rendimento	Inferior a 240€	4,09 (0,49)	4,22 (0,69)	4,29 (0,51)	3,45 (0,61)	4,40 (0,66)	3,90 (0,84)	4,10 (0,71)	
		Entre 240€ e 480€	3,77 (0,53)	4,15 (0,69)	3,94 (0,71)	3,27 (0,47)	4,05 (0,76)	3,49 (0,79)	3,67 (0,85)	
		Entre 480€ e 720€	3,85 (0,57)	4,03 (0,86)	3,97 (0,77)	3,21 (0,52)	4,27 (0,61)	3,78 (0,77)	3,72 (0,72)	
		Entre 720€ e 960€	3,64 (0,51)	4,02 (0,81)	3,82 (0,68)	3,29 (0,54)	3,99 (0,66)	3,28 (0,92)	3,45 (0,55)	
		Entre 960€ e 1200€	3,91 (0,52)	4,31 (0,60)	3,99 (0,57)	3,22 (0,47)	4,25 (0,62)	3,69 (0,83)	3,97 (0,59)	
		Entre 1200€ e 1440€	3,87 (0,55)	4,18 (0,85)	4,04 (0,76)	3,17 (0,41)	4,29 (0,91)	3,75 (0,78)	3,71 (0,87)	
		Entre 1440€ e 1680€	4,03 (0,49)	4,10 (0,70)	4,28 (0,71)	3,40 (0,34)	4,30 (0,65)	3,90 (0,81)	3,93 (0,53)	
		Entre 1680€ e 1920€	3,85 (0,42)	4,38 (0,44)	4,00 (0,50)	3,00 (0,47)	4,31 (0,46)	3,75 (0,67)	3,66 (0,48)	
		Superior a 1920€	3,51 (0,58)	3,00 (1,16)	3,18 (1,00)	2,97 (0,74)	4,39 (0,66)	3,89 (0,70)	3,39 (0,65)	

### (a) tipo de incapacidade

A aplicação do teste de Kruskal Wallis permitiu observar que a ECCL-TA é influenciada pelo tipo de incapacidade dos inquiridos ( $X_{KW}^2(2)=21,45$ ,  $p=0,00$ ), inclusivamente nas suas subdimensões de Autodeterminação ( $X_{KW}^2(2)=13,13$ ,  $p=0,00$ ), de *Empowerment* ( $X_{KW}^2(2)=14,43$ ,  $p=0,00$ ), de Autoestima ( $X_{KW}^2(2)=30,53$ ,  $p=0,00$ ), de Ajuda Tangível ( $X_{KW}^2(2)=38,94$ ,  $p=0,00$ ), e de Suporte Informativo ( $X_{KW}^2(2)=8,72$ ,  $p=0,01$ ) (ver Tabela 33). Neste sentido, pode afirmar-se que estas subdimensões da ECCL-TA diferem significativamente de acordo com o tipo de incapacidade.

Paralelamente, decidiu-se identificar em qual ou quais os tipos de incapacidade as distribuições seriam estatisticamente significativas, procedendo-se à comparação múltipla das médias através do teste de *Dunn* (Marôco, 2010a), por meio do *software* de análise estatística LISREL, como se pode observar nas Figuras 18 a 23. O teste de *Dunn* é um método de comparação múltipla que possibilita a verificação de diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre dois grupos (Marôco, 2010a). Desta forma, comparam-se as tipologias de incapacidade duas a duas, com o intuito de perceber, entre quais se verificavam divergências expressivas.

Com a Figura 18 abaixo observa-se o teste de *Dunn* para a ECCL-TA na sua globalidade, concluindo-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre as tipologias de incapacidade auditiva e visual e entre a incapacidade auditiva e motora. Neste caso, apenas não existem diferenças significantes entre o tipo de incapacidade visual e motora.

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
2-1	44.455	17.737	2.506	.012	.037
2-0	62.892	13.646	4.609	.000	.000
1-0	18.436	14.139	1.304	.192	.577

Legenda:

0 – Incapacidade Motora

1 – Incapacidade Visual

2 – Incapacidade Auditiva

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.

O nível de significância é de 0.05.

**Figura 18** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da ECCL-TA para a variável “Tipo de Incapacidade”

**Fonte:** Exportado do *software* LISREL

Aplicando o teste de *Dunn* às subdimensões Autodeterminação e *Empowerment*, que no seu conjunto constituem a dimensão de Autonomia, constata-se que em ambas há, exclusivamente, desigualdades estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre as tipologias de incapacidade auditiva

e motora (ver Figuras 19 e 20). Em ambas as subdimensões verifica-se que os indivíduos com incapacidade motora são os que têm um maior valor de *Mean Rank* (159,14 para a Autodeterminação; 159,40 para o *Empowerment*), significando que são aqueles que mais concordam com os efeitos associados a estas duas subdimensões.

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
2-1	11.964	17.345	.690	.490	1.000
2-0	42.907	13.345	3.215	.001	.004
1-0	30.943	13.826	2.238	.025	.076

Legenda:

0 – Incapacidade Motora

1 – Incapacidade Visual

2 – Incapacidade Auditiva

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.

O nível de significância é de 0.05.

**Figura 19** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Autodeterminação para a variável “Tipo de Incapacidade”

Fonte: Exportado do software LISREL

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
2-1	22.946	17.673	1.298	.194	.582
2-0	48.990	13.597	3.603	.000	.001
1-0	26.044	14.087	1.849	.064	.193

Legenda:

0 – Incapacidade Motora

1 – Incapacidade Visual

2 – Incapacidade Auditiva

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.

O nível de significância é de 0.05.

**Figura 20** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão *Empowerment* para a variável “Tipo de Incapacidade”

Fonte: Exportado do software LISREL

Considerando as subdimensões Autoestima, Ajuda Tangível e Suporte Informativo, que fazem parte da dimensão de Amizade, determina-se através do mesmo teste de *Dunn* que existem dois âmbitos de diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ), entre as tipologias de incapacidade auditiva e visual e entre os tipos de incapacidade auditiva e motora (ver Figuras 21, 22 e 23). Na subdimensão Autoestima, os indivíduos que mais concordam com os efeitos desta subdimensão são aqueles que apresentam uma incapacidade motora, já que são os que apresentam maior valor de *Mean Rank* (162,37). Contudo, nas subdimensões Ajuda Tangível e Suporte Informativo,

constata-se que as pessoas com incapacidade visual são as que atingem um valor de *Mean Rank* mais elevado (162,27 para a Ajuda Tangível; 160,69 para o Suporte Informativo), logo, são aquelas que mais concordam com os efeitos das subdimensões em questão.

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
2-1	56.235	17.528	3.208	.001	.004
2-0	74.410	13.485	5.518	.000	.000
1-0	18.176	13.971	1.301	.193	.580

Legenda:

- 0 – Incapacidade Motora
- 1 – Incapacidade Visual
- 2 – Incapacidade Auditiva

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.  
O nível de significância é de 0.05.

**Figura 21** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Autoestima para a variável “Tipo de Incapacidade”

Fonte: Exportado do software LISREL

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
2-0	83.094	13.595	6.112	.000	.000
2-1	84.512	17.670	4.783	.000	.000
0-1	-1.419	14.085	-.101	.920	1.000

Legenda:

- 0 – Incapacidade Motora
- 1 – Incapacidade Visual
- 2 – Incapacidade Auditiva

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.  
O nível de significância é de 0.05.

**Figura 22** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Ajuda Tangível para a variável “Tipo de Incapacidade”

Fonte: Exportado do software LISREL

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
2-0	37.040	13.568	2.730	.006	.019
2-1	45.443	17.635	2.577	.010	.030
0-1	-8.404	14.057	-.598	.550	1.000

Legenda:

0 – Incapacidade Motora

1 – Incapacidade Visual

2 – Incapacidade Auditiva

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.

O nível de significância é de 0.05.

**Figura 23** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Suporte Informativo para a variável “Tipo de Incapacidade”

**Fonte:** Exportado do *software* LISREL

### (b) género

No que diz respeito ao género, quer a escala ECCL-TA, quer as suas dimensões, não apresentam disparidades estatisticamente significativas, o que permite concluir que não existem diferenças significativas no género relativamente às crenças de *coping*. Assim, na Tabela 53 do Anexo I, verifica-se que a ECCL-TA na sua globalidade, tem médias idênticas para os homens (M=3,85; SD=0,51) e mulheres (M=3,85; SD=0,56) inquiridos.

### (c) estado civil

A variável “Estado Civil” contemplada no perfil do indivíduo com incapacidade influencia apenas a subdimensão de Suporte Informativo da ECCL-TA ( $X_{RW}^2(3)=10,03$ ,  $p=0,02$ ), tal como se pode constatar na Tabela 35. Para além disso, no sentido de identificar em qual ou quais as situações familiares (solteiro, união de facto, casado ou divorciado/ separado) as distribuições seriam estatisticamente expressivas, aplicou-se, novamente, o teste de *Dunn* (ver Figura 24).

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
2-1	1.233	19.618	.063	.950	1.000
2-3	-5.183	21.693	-.239	.811	1.000
2-0	33.152	11.857	2.796	.005	.031
1-3	-3.950	25.638	-.154	.878	1.000
1-0	31.919	18.092	1.764	.078	.466
3-0	27.969	20.323	1.376	.169	1.000

Legenda:

0 – Solteiro

1 – União de Facto

2 – Casado

3 – Divorciado/ Separado

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.  
O nível de significância é de 0.05.

**Figura 24** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão de Suporte Informativo para a variável “Estado Civil”

**Fonte:** Exportado do *software* LISREL

Com o teste de *Dunn* foi possível apurar que existem diferenças estatisticamente significantes ( $p < 0,05$ ) entre os inquiridos casados e os solteiros, sendo que os solteiros são aqueles que mais concordam com os efeitos da subdimensão Suporte Informativo, já que se trata do grupo com maior valor de *Mean Rank* (163,42).

#### (d) parentalidade

Em média, a escala ECCL-TA apresenta valores mais elevados entre os inquiridos sem filhos ( $M=3,91$ ;  $SD=0,51$ ) comparativamente com aqueles com filhos ( $M=2,69$ ;  $SD=0,56$ ), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $U=7297,00$ ;  $W=11125,00$ ;  $p=0,00$ ). Paralelamente, considerando as dimensões da escala em análise, averigua-se que existem, igualmente, diferenças estatisticamente significativas nas subdimensões: *Empowerment* ( $U=7721,50$ ;  $W=11549,50$ ;  $p=0,05$ ), Autoestima ( $U=8103,50$ ;  $W=12068,50$ ;  $p=0,00$ ), e Suporte Informativo ( $U=6451,50$ ;  $W=10279,50$ ;  $p=0,01$ ), tal como se apresenta na Tabela 35.



### (e) habilitações literárias

Em média, a escala ECCL-TA apresenta valores muito semelhantes entre todos os níveis de instrução estabelecidos. E, ao aplicar o teste de *Mann Whitney U* constata-se que a ECCL-TA e as suas dimensões não são influenciadas pelo grau de instrução ou habilitações literárias dos inquiridos, aferindo-se que não existem diferenças estatisticamente significativas neste âmbito (ver Tabela 54, no Anexo I).

### (f) rendimento

O rendimento influencia a ECCL-TA,  $X_{KW2}(8)=18,34$ ,  $p=0,02$ , concluindo-se que em pelo menos um dos níveis salariais estabelecidos, a distribuição da variável ECCL-TA é diferente, de forma estatisticamente significativa, das distribuições verificadas em pelo menos um dos outros níveis. Por outro lado, constatou-se ainda que o rendimento influencia, igualmente, de forma significativa, as subdimensões *Empowerment* e Suporte Informativo,  $X_{KW2}(8)=19,30$ ,  $p=0,01$  e  $X_{KW2}(8)=22,74$ ,  $p=0,00$ , respetivamente (ver Tabela 38).

Na mesma linha de pensamento utilizada para as restantes variáveis em análise, recorreu-se aos testes de *Dunn*, com o objetivo de identificar em qual ou quais os grupos salariais as distribuições são estatisticamente expressivas através da comparação múltipla das médias (ver Figuras 25, 26 e 27).

Os testes realizados permitiram afirmar que existem desigualdades estatisticamente significantes ( $p<0,05$ ) na escala ECCL-TA (globalmente) e, especificamente, na subdimensão Suporte Informativo entre a categoria salarial menos elevada, Inferior a 240€, e o nível entre 480 e 720€ (0 e 2), enquanto que na subdimensão *Empowerment* se constataram divergências estatisticamente expressivas ( $p<0,05$ ) entre a categoria menos elevadas e a mais elevada (0 e 8), ou seja, entre o intervalo Inferior a 240€ e o intervalo Superior a 1920€.

Para além disso, verificou-se ainda que os indivíduos com o menor nível de rendimentos, designadamente aqueles com a categoria salarial Inferior a 240€, são os que apresentam um maior valor de *Mean Rank*, quer para a globalidade da ECCL-TA ( $p=158,41$ ), quer para as duas subdimensões analisadas (*Mean Rank* =162,69 para o Suporte Informativo; *Mean Rank* =157,74 para o *Empowerment*). Isto significa que os inquiridos com incapacidade motora e sensorial que auferem menores rendimentos, são aqueles que mais concordam com os efeitos gerais testados através da ECCL-TA, apurando-se, serem particularmente concordantes nas subdimensões Suporte Informativo e *Empowerment*.

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.-Sig.
8-3	16.369	24.483	.669	.504	1.000
8-1	35.225	23.709	1.486	.137	1.000
8-7	42.562	33.588	1.267	.205	1.000
8-2	45.009	23.950	1.879	.060	1.000
8-4	50.528	27.664	1.826	.068	1.000
8-5	51.036	29.125	1.752	.080	1.000
8-6	69.400	31.584	2.197	.028	1.000
8-0	74.412	25.074	2.968	.003	.108
3-1	18.856	14.543	1.297	.195	1.000
3-7	-26.193	27.885	-.939	.348	1.000
3-2	28.640	14.933	1.918	.055	1.000
3-4	-34.159	20.364	-1.677	.093	1.000
3-5	-34.667	22.308	-1.554	.120	1.000
3-6	-53.031	25.435	-2.085	.037	1.000
3-0	58.043	16.676	3.481	.001	.018
1-7	-7.338	27.207	-.270	.787	1.000
1-2	-9.784	13.626	-.718	.473	1.000
1-4	-15.303	19.426	-.788	.431	1.000
1-5	-15.811	21.455	-.737	.461	1.000
1-6	-34.175	24.690	-1.384	.166	1.000
1-0	39.187	15.517	2.525	.012	.416
7-2	2.447	27.418	.089	.929	1.000
7-4	7.965	30.715	.259	.795	1.000
7-5	8.473	32.037	.264	.791	1.000
7-6	26.838	34.288	.783	.434	1.000
7-0	31.849	28.405	1.121	.262	1.000
2-4	-5.518	19.720	-.280	.780	1.000
2-5	-6.026	21.721	-.277	.781	1.000
2-6	-24.391	24.922	-.979	.328	1.000
2-0	29.402	15.883	1.851	.064	1.000
4-5	-.508	25.759	-.020	.984	1.000
4-6	-18.872	28.510	-.662	.508	1.000
4-0	23.884	21.071	1.134	.257	1.000
5-6	-18.364	29.929	-.614	.539	1.000
5-0	23.376	22.955	1.018	.309	1.000
6-0	5.012	26.004	.193	.847	1.000

Legenda:

- 0 – Inferior a 240€
- 1 – Entre 240 e 480€
- 2 – Entre 480 e 720€
- 3 – Entre 720 e 960€
- 4 – Entre 960 e 1200€
- 5 – Entre 1200 e 1440€
- 6 – Entre 1440 e 1680€
- 7 – Entre 1680 e 1920€
- 8 – Superior a 1920€

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.  
O nível de significância é de 0.05.

**Figura 25** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da ECCL-TA para a variável “Rendimento”

**Fonte:** Exportado do *software* LISREL

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
8-3	39.697	24.403	1.627	.104	1.000
8-1	52.714	23.631	2.231	.026	.925
8-4	53.780	27.573	1.950	.051	1.000
8-7	56.176	33.478	1.678	.093	1.000
8-2	59.599	23.871	2.497	.013	.451
8-5	69.506	29.029	2.394	.017	.599
8-0	89.599	24.991	3.585	.000	.012
8-6	91.514	31.480	2.907	.004	.131
3-1	13.017	14.495	.898	.369	1.000
3-4	-14.083	20.297	-.694	.488	1.000
3-7	-16.479	27.793	-.593	.553	1.000
3-2	19.903	14.884	1.337	.181	1.000
3-5	-29.810	22.234	-1.341	.180	1.000
3-0	49.902	16.621	3.002	.003	.096
3-6	-51.817	25.351	-2.044	.041	1.000
1-4	-1.067	19.362	-.055	.956	1.000
1-7	-3.463	27.118	-.128	.898	1.000
1-2	-6.886	13.581	-.507	.612	1.000
1-5	-16.793	21.384	-.785	.432	1.000
1-0	36.885	15.466	2.385	.017	.615
1-6	-38.800	24.609	-1.577	.115	1.000
4-7	-2.396	30.614	-.078	.938	1.000
4-2	5.819	19.655	.296	.767	1.000
4-5	-15.726	25.674	-.613	.540	1.000
4-0	35.819	21.001	1.706	.088	1.000
4-6	-37.733	28.416	-1.328	.184	1.000
7-2	3.423	27.328	.125	.900	1.000
7-5	13.330	31.932	.417	.676	1.000
7-0	33.423	28.311	1.181	.238	1.000
7-6	35.338	34.175	1.034	.301	1.000
2-5	-9.907	21.650	-.458	.647	1.000
2-0	29.999	15.831	1.895	.058	1.000
2-6	-31.914	24.840	-1.285	.199	1.000
5-0	20.092	22.879	.878	.380	1.000
5-6	-22.007	29.831	-.738	.461	1.000
0-6	-1.915	25.918	-.074	.941	1.000

Legenda:

- 0 – Inferior a 240€
- 1 – Entre 240 e 480€
- 2 – Entre 480 e 720€
- 3 – Entre 720 e 960€
- 4 – Entre 960 e 1200€
- 5 – Entre 1200 e 1440€
- 6 – Entre 1440 e 1680€
- 7 – Entre 1680 e 1920€
- 8 – Superior a 1920€

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.

O nível de significância é de 0.05.

**Figura 26** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão *Empowerment* para a variável “Rendimento”

**Fonte:** Exportado do software LISREL

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
8-3	2.200	24.347	.090	.928	1.000
8-7	24.983	33.401	.748	.454	1.000
8-2	33.583	23.817	1.410	.159	1.000
8-1	34.020	23.577	1.443	.149	1.000
8-5	37.653	28.962	1.300	.194	1.000
8-6	53.345	31.408	1.698	.089	1.000
8-4	56.851	27.510	2.067	.039	1.000
8-0	71.737	24.934	2.877	.004	.145
3-7	-22.783	27.729	-.822	.411	1.000
3-2	31.383	14.850	2.113	.035	1.000
3-1	31.820	14.462	2.200	.028	1.000
3-5	-35.452	22.184	-1.598	.110	1.000
3-6	-51.145	25.293	-2.022	.043	1.000
3-4	-54.651	20.251	-2.699	.007	.251
3-0	69.536	16.583	4.193	.000	.001
7-2	8.600	27.265	.315	.752	1.000
7-1	9.037	27.056	.334	.738	1.000
7-5	12.670	31.859	.398	.691	1.000
7-6	28.362	34.097	.832	.406	1.000
7-4	31.868	30.544	1.043	.297	1.000
7-0	46.754	28.247	1.655	.098	1.000
2-1	.437	13.550	.032	.974	1.000
2-5	-4.069	21.600	-.188	.851	1.000
2-6	-19.762	24.783	-.797	.425	1.000
2-4	-23.268	19.610	-1.187	.235	1.000
2-0	38.153	15.795	2.416	.016	.566
1-5	-3.632	21.335	-.170	.865	1.000
1-6	-19.325	24.553	-.787	.431	1.000
1-4	-22.831	19.318	-1.182	.237	1.000
1-0	37.716	15.430	2.444	.015	.522
5-6	-15.693	29.762	-.527	.598	1.000
5-4	19.198	25.615	.749	.454	1.000
5-0	34.084	22.827	1.493	.135	1.000
6-4	3.506	28.351	.124	.902	1.000
6-0	18.391	25.859	.711	.477	1.000
4-0	14.886	20.953	.710	.477	1.000

Legenda:

- 0 – Inferior a 240€
- 1 – Entre 240 e 480€
- 2 – Entre 480 e 720€
- 3 – Entre 720 e 960€
- 4 – Entre 960 e 1200€
- 5 – Entre 1200 e 1440€
- 6 – Entre 1440 e 1680€
- 7 – Entre 1680 e 1920€
- 8 – Superior a 1920€

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.  
O nível de significância é de 0.05.

**Figura 27** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da subdimensão Suporte Informativo para a variável “Rendimento”

**Fonte:** Exportado do software LISREL

## (ii) Análise bivariada da EECL-TA

No caso da EECL-TA, verificou-se um valor médio de 3,51 (DP = 0,72) e 95% IC [3,43; 3,59], como se pode observar por meio da Tabela 39.

**Tabela 37** - Medidas de tendência central da EECL-TA

	Média	95% IC (Limite Inferior)	95% IC (Limite Superior)	Desvio Padrão
<b>EECL-TA</b>	3,51	3,43	3,59	0,72
<b>Companheirismo</b>	3,38	3,27	3,49	1,00
<b>Estratégia Paliativa</b>	3,21	3,12	3,30	0,82
<b>Humor Positivo</b>	4,09	4,01	4,16	0,67

Por seu turno, as dimensões da EECL-TA obtiveram os seguintes valores: média de 3,38 (DP = 1,00) e 95% IC [3,27; 3,48] para o Companheirismo, o valor médio de 3,21 (DP = 0,82) e 95% IC [3,12; 3,30] para a Estratégia Paliativa, e a média de 4,09 (DP = 0,67) e 95% IC [4,01; 4,16] para o Humor Positivo.

Estes valores médios serviram, portanto, para sustentar o cruzamento de variáveis que permitissem verificar a variação das estratégias de *coping* através do lazer (H8), cujos resultados se observam nas Tabelas 38 a 43, refletindo os valores apurados nos testes de *Mann Whitney U* e *Kruskal Wallis*, seguindo-se os valores de significância e, por último, as médias do nível de concordância (de acordo com a escala de Likert aplicada de 5 pontos, sendo que 1, corresponde a “não concordo” e 5, a “concordo muitíssimo”), não esquecendo os valores do desvio padrão (que se observam entre parêntesis), para cada uma das variáveis estabelecidas: (a) tipo de incapacidade, (b) género, (c) estado civil, (d) parentalidade, (e) habilitações literárias e (f) rendimento.

**Tabela 38** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Tipo de Incapacidade” e as dimensões da EECL-TA

			EECL-TA	COMPANHEIRISMO	ESTRATÉGIA PALIATIVA	HUMOR POSITIVO
<b>Teste de <i>Kruskal Wallis</i></b>			5,28	2,93	4,19	18,43
<b><i>p-value</i></b>			0,07	0,23	0,12	<b>0,00</b>
<b>Média do Nível de Concordância (Desvio Padrão)</b>	<b>Tipo de Incapacidade</b>	<b>Motora</b>	3,56	3,40	3,24	4,18
			(0,74)	(1,02)	(0,86)	(0,67)
		<b>Visual</b>	3,28	3,12	2,94	3,95
			(0,72)	(1,04)	(0,81)	(0,60)
		<b>Auditiva</b>	3,47	3,43	3,27	3,78
			(0,60)	(0,77)	(0,63)	(0,70)

**Tabela 39** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Género” e as dimensões da EECL-TA

			EECL-TA	COMPANHEIRISMO	ESTRATÉGIA PALIATIVA	HUMOR POSITIVO
<b>Teste de Mann Whitney (U)</b>			9894,00	9546,50	9932,00	11270,00
<b>Teste de Wilcoxon (W)</b>			24772,00	24424,50	24810,00	26148,00
<b>p-value</b>			<b>0,04</b>	<b>0,01</b>	<b>0,05</b>	0,82
<b>Média do Nível de Concordância Padrão)</b>	<b>Género</b>	<b>Masculino</b>	3,43	3,24	3,11	4,09
			(0,74)	(1,03)	(0,84)	(0,67)
		<b>Feminino</b>	3,61	3,55	3,34	4,09
			(0,69)	(0,92)	(0,78)	(0,69)

**Tabela 40** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Estado Civil” e as dimensões da EECL-TA

			EECL-TA	COMPANHEIRISMO	ESTRATÉGIA PALIATIVA	HUMOR POSITIVO
<b>Teste de <i>Kruskal Wallis</i></b>			25,34	22,51	25,20	6,41
<b><i>p-value</i></b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,09
<b>Média do Nível de Concorrência (Desvio Padrão)</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Solteiro</b>	3,65	3,56	3,39	4,14
			(0,67)	(0,91)	(0,78)	(0,63)
		<b>União de Facto</b>	3,36	3,26	2,95	4,06
			(0,63)	(0,98)	(0,68)	(0,61)
		<b>Casado</b>	3,18	2,91	2,87	3,92
			(0,78)	(1,05)	(0,86)	(0,78)
		<b>Divorciado/ Separado</b>	3,60	3,51	3,22	4,28
			(0,69)	(1,06)	(0,81)	(0,72)



**Tabela 41** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Parentalidade” e as dimensões da EECL-TA

			EECL-TA	COMPANHEIRISMO	ESTRATÉGIA PALIATIVA	HUMOR POSITIVO
<b>Teste de Mann Whitney (U)</b>			6935,50	7042,00	6909,50	8405,50
<b>Teste de Wilcoxon (W)</b>			10763,50	10870,00	10737,50	12233,50
<b>p-value</b>			<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	0,13
<b>Média do Nível de Concorrência (Desvio Padrão)</b>	<b>Parentalidade</b>	<b>Sem filhos</b>	3,60	3,50	3,32	4,13
			(0,70)	(0,96)	(0,82)	(0,65)
		<b>Com filhos</b>	3,28	3,07	2,95	3,99
			(0,72)	(1,03)	(0,77)	(0,72)

**Tabela 42** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Habilitações Literárias” e as dimensões da EECL-TA

			EECL-TA	COMPANHEIRISMO	ESTRATÉGIA PALIATIVA	HUMOR POSITIVO
<b>Teste de <i>Kruskal Wallis</i></b>			8,90	5,15	8,09	15,96
<b><i>p-value</i></b>			0,18	0,53	0,23	<b>0,01</b>
<b>Média do Nível de Concorrência (Desvio Padrão)</b>	<b>Habilitações Literárias</b>	<b>Não sabe ler, nem escrever</b>	3,72 (0,56)	3,61 (0,95)	3,43 (0,43)	4,28 (0,70)
		<b>Ensino Básico – 1º Ciclo (4ª classe)</b>	3,79 (0,70)	3,52 (1,16)	3,56 (0,72)	4,42 (0,62)
		<b>Ensino Básico – 2º Ciclo (7º ano)</b>	3,64 (0,89)	3,68 (0,98)	3,43 (0,90)	3,93 (1,00)
		<b>Ensino Básico – 3º Ciclo (9º ano)</b>	3,57 (0,68)	3,35 (1,00)	3,20 (0,82)	4,35 (0,60)
		<b>Ensino Secundário</b>	3,45 (0,71)	3,32 (1,00)	3,14 (0,82)	4,03 (0,63)
		<b>Ensino Superior</b>	3,49 (0,74)	3,37 (0,98)	3,21 (0,85)	4,05 (0,68)

**Tabela 43** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Rendimentos” e as dimensões da EECL-TA

			EECL-TA	COMPANHEIRISMO	ESTRATÉGIA PALIATIVA	HUMOR POSITIVO
<b>Teste de <i>Kruskal Wallis</i></b>			24,76	22,09	32,06	9,48
<b><i>p-value</i></b>			<b>0,00</b>	<b>0,01</b>	<b>0,00</b>	0,30
<b>Média do Nível de Concorrência (Desvio Padrão)</b>	<b>Rendimento</b>	<b>Inferior a 240€</b>	3,91 (0,62)	3,85 (0,88)	3,68 (0,67)	4,33 (0,65)
		<b>Entre 240€ e 480€</b>	3,57 (0,70)	3,34 (1,00)	3,38 (0,78)	4,10 (0,73)
		<b>Entre 480€ e 720€</b>	3,37 (0,80)	3,27 (1,06)	3,03 (0,87)	3,99 (0,75)
		<b>Entre 720€ e 960€</b>	3,39 (0,67)	3,27 (0,90)	3,12 (0,73)	3,91 (0,73)
		<b>Entre 960€ e 1200€</b>	3,51 (0,66)	3,45 (0,91)	3,19 (0,67)	4,06 (0,63)
		<b>Entre 1200€ e 1440€</b>	3,33 (0,57)	3,34 (0,84)	2,87 (0,69)	4,02 (0,49)
		<b>Entre 1440€ e 1680€</b>	3,59 (0,73)	3,58 (1,21)	3,12 (0,82)	4,33 (0,50)
		<b>Entre 1680€ e 1920€</b>	3,21 (0,43)	2,88 (0,92)	2,85 (0,66)	4,09 (0,57)
		<b>Superior a 1920€</b>	2,81 (0,83)	2,25 (0,98)	2,38 (0,92)	4,02 (0,75)

### (a) tipo de incapacidade

A EECL-TA não apresenta diferenças significativas nas médias por tipo de incapacidade, já que a incapacidade motora apresenta  $M=3,56$ ;  $SD=0,74$ , a incapacidade visual evidencia  $M=3,28$ ;  $SD=0,72$ , e a incapacidade auditiva mostra  $M=3,47$ ;  $SD=0,60$  (ver Tabela 40).

A observação da Tabela 40, permite ainda verificar que a dimensão Humor Positivo desta escala, é influenciado pelo tipo de incapacidade dos inquiridos,  $X^2_{KW}(2)=18,43$ ,  $p<0,001$ , constatando-se que em pelo menos uma das tipologias de incapacidade, a distribuição da variável Humor Positivo difere significativamente das distribuições observadas em pelo menos uma das tipologias analisadas. Nas restantes dimensões da EECL-TA aferiu-se a inexistência de qualquer influência da variável “Tipo de Incapacidade”.

Para identificar em qual ou quais os grupos de incapacidade as distribuições seriam estatisticamente significativas procedeu-se à comparação múltipla das médias, recorrendo-se ao teste de *Dunn* (Marôco, 2010a), por meio do *software* de análise estatística LISREL, tal como se apresenta na Figura 28.

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
2-1	21.157	17.596	1.202	.229	.688
2-0	53.822	13.538	3.976	.000	.000
1-0	32.664	14.026	2.329	.020	.060

Legenda:

- 0 – Incapacidade Motora
- 1 – Incapacidade Visual
- 2 – Incapacidade Auditiva

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.

O nível de significância é de 0.05.

**Figura 28** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da EECL-TA para a variável “Tipo de Incapacidade”

**Fonte:** Exportado do *software* LISREL

Assim, o teste de *Dunn* possibilita concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) no Humor Positivo entre as tipologias de incapacidade motora e auditiva. Por outro lado, é ainda possível determinar que, nesta dimensão, os sujeitos com incapacidade motora são os que têm um maior valor de *Mean Rank* (161,18), demonstrando que são aqueles que mais concordam com os efeitos associados ao Humor Positivo.

### (b) género

Em média, a escala EECL-TA apresenta valores mais elevados entre as mulheres inquiridas ( $M=3,61$ ;  $SD=0,69$ ) comparativamente com os seus pares ( $M=3,43$ ;  $SD=0,74$ ), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $U=9894,00$ ;  $W=24772,00$ ;  $p=0,04$ ). Ao mesmo tempo, considerando as dimensões da escala em análise, averigua-se que existem, igualmente, diferenças estatisticamente significativas nas dimensões de Companheirismo ( $U=9546,50$ ;  $W=24424,50$ ;  $p=0,01$ ) e Estratégia Paliativa ( $U=9932,00$ ;  $W=24810,00$ ;  $p=0,05$ ), tal como se apresenta na Tabela 41.

### (c) estado civil

Através da interpretação da Tabela 42, atesta-se que escala EECL-TA é influenciada pelo estado civil dos inquiridos,  $X_{KW}^2(3)=25,34$ ,  $p<0,001$ . Deste modo, constata-se que em pelo menos uma das categorias do estado civil, a distribuição da variável EECL-TA difere significativamente. Para identificar em qual ou quais os grupos as distribuições são estatisticamente significativas procedeu-se, tal como na variável “Tipo de Incapacidade”, à comparação múltipla das médias, recorrendo ao teste de *Dunn*, cujos resultados se podem observar na Figura 29.

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj. Sig.
2-1	13.475	19.732	.683	.495	1.000
2-3	-55.763	21.819	-2.556	.011	.064
2-0	56.360	11.926	4.726	.000	.000
1-3	-42.288	25.787	-1.640	.101	.606
1-0	42.885	18.197	2.357	.018	.111
3-0	.596	20.441	.029	.977	1.000

Legenda:

0 – Solteiro

1 – União de Facto

2 – Casado

3 – Divorciado/ Separado

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.

O nível de significância é de 0.05.

**Figura 29** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da EECL-TA para a variável “Estado Civil”

**Fonte:** Exportado do software LISREL

Desta maneira, conclui-se que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) na escala EECL-TA entre as categoriais solteiro e casado, verificando-se ainda que os indivíduos solteiros são os que têm um maior valor de *Mean Rank* (168,35), ou seja, são os que mais concordam com os efeitos associados à EECL-TA na sua globalidade.

Por outro lado, verificou-se ainda a existência de distribuições significativamente distintas em duas dimensões da EECL-TA, designadamente no Companheirismo ( $X_{KW}^2(3)=25,34$ ,  $p < 0,001$ ) e na Estratégia Paliativa ( $X_{KW}^2(3)=25,34$ ,  $p < 0,001$ ), tornando-se, também, pertinente perceber em que situação familiar as distribuições seriam estatisticamente significativas. Daí que se tenham desencadeado novos testes de *Dunn*, ilustrados nas Figuras 30 e 31.

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
2-1	24.623	19.663	1.252	.210	1.000
2-3	-52.523	21.743	-2.416	.016	.094
2-0	54.868	11.884	4.617	.000	.000
1-3	-27.900	25.697	-1.086	.278	1.000
1-0	30.244	18.133	1.668	.095	.572
3-0	2.344	20.370	.115	.908	1.000

Legenda:  
0 – Solteiro  
1 – União de Facto  
2 – Casado  
3 – Divorciado/ Separado

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.

O nível de significância é de 0.05.

**Figura 30** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Companheirismo da EECL-TA para a variável “Estado Civil”

**Fonte:** Exportado do software LISREL

No caso do Companheirismo, observam-se diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre as situações de solteiro e casado, sendo que os solteiros são, novamente, os que mais concordam com os efeitos desta dimensão (*Mean Rank*=166,99).

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
2-1	2.557	19.698	.130	.897	1.000
2-3	-39.680	21.782	-1.822	.069	.411
2-0	54.659	11.905	4.591	.000	.000
1-3	-37.123	25.743	-1.442	.149	.896
1-0	52.102	18.165	2.868	.004	.025
3-0	14.979	20.406	.734	.463	1.000

Legenda:

0 – Solteiro

1 – União de Facto

2 – Casado

3 – Divorciado/ Separado

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.  
O nível de significância é de 0.05.

**Figura 31** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Estratégia Paliativa da EECL-TA para a variável “Estado Civil”

**Fonte:** Exportado do *software* LISREL

Por último, na dimensão de Estratégia Paliativa, descobriram-se divergências estatisticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre categorias de solteiro e casado, bem como entre categorias de solteiro e união de facto. Uma vez mais, os inquiridos solteiros são aqueles que mais concordam com os efeitos do Estratégia Paliativa (*Mean Rank*=169,68).

#### (d) parentalidade

Em média, a escala EECL-TA apresenta valores mais elevados entre os inquiridos sem filhos ( $M=3,60$ ;  $SD=0,70$ ) comparativamente aos inquiridos com filhos ( $M=3,28$ ;  $SD=0,72$ ), sendo as diferenças observadas estatisticamente significativas ( $U=6935,50$ ;  $W=10763,50$ ;  $p < 0,001$ ). Neste contexto, verifica-se que essas diferenças se mantêm nas dimensões de Companheirismo e Estratégia Paliativa, com  $U=7042,00$ ;  $W=10870,00$ ;  $p < 0,001$  e  $U=6909,50$ ;  $W=10737,50$ ;  $p < 0,001$ , respetivamente (ver Tabela 43).

#### (e) habilitações literárias

A Tabela 44 demonstra que a EECL-TA, no seu conjunto, não é influenciada pelo grau de instrução dos inquiridos,  $X_{KW}^2(6)=8,90$ ,  $p=0,18$ . Contudo, ao verificar as suas dimensões, individualmente, apura-se que o mesmo não é verdade para a dimensão de Humor Positivo.

O Humor Positivo é, portanto, influenciado pela formação académica dos inquiridos,  $X_{KW}^2(6)=15,96$ ,  $p=0,01$ , constatando-se que em pelo menos uma das categorias da variável “Habilitações Literárias”, a distribuição da variável Humor Positivo difere significativamente das distribuições observadas em pelo menos uma das outras categorias. Para identificar em qual ou quais níveis de instrução as distribuições são estatisticamente significativas procedeu-se à comparação múltipla das médias, recorrendo ao Teste *Dunn* (ver Figura 32).

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
4-5	-6.970	11.361	-.613	.540	1.000
4-2	7.352	24.600	.299	.765	1.000
4-0	39.399	30.077	1.310	.190	1.000
4-3	44.050	17.596	2.503	.012	.184
4-1	56.332	23.859	2.361	.018	.273
5-2	.382	24.533	.016	.988	1.000
5-0	32.429	30.022	1.080	.280	1.000
5-3	37.080	17.501	2.119	.034	.512
5-1	49.362	23.789	2.075	.038	.570
2-0	32.048	37.113	.864	.388	1.000
2-3	-36.698	27.971	-1.312	.190	1.000
2-1	48.981	32.281	1.517	.129	1.000
0-3	-4.651	32.891	-.141	.888	1.000
0-1	-16.933	36.626	-.462	.644	1.000
3-1	12.283	27.322	.450	.653	1.000

Legenda:

- 0 – Não frequentou a escola
- 1 – Ensino Básico – 1º ciclo (4ª classe)
- 2 – Ensino Básico – 2º ciclo (7º ano)
- 3 – Ensino Básico – 3º ciclo (9º ano)
- 4 – Ensino Secundário
- 5 – Ensino Superior

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.

O nível de significância é de 0.05.

**Figura 32** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Humor Positivo da EECL-TA para a variável “Habilitações Literárias”

**Fonte:** Exportado do software LISREL

Por meio do teste de *Dunn*, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,005$ ) no Humor Positivo entre as categorias da variável “Habilitações Literárias”.



### (f) rendimento

A escala EECL-TA é influenciada pelo rendimento dos inquiridos,  $X_{KW}^2(8)=24,76$ ,  $p=0,00$ , constatando-se que em pelo menos uma das categorias salariais, a distribuição da variável EECL-TA difere significativamente das distribuições observadas em pelo menos uma das outras categorias (ver Tabela 45). No sentido de identificar em qual ou quais os grupos salariais as distribuições são estatisticamente significativas procedeu-se à comparação múltipla das médias, recorrendo-se, uma vez mais, ao teste de *Dunn* (ver Figuras 33, 34 e 35). A Figura 33 apresenta o teste de *Dunn* aplicado, possibilitando concluir que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) na escala EECL-TA entre a categoria salarial menos elevada e a categoria mais elevada (0 e 8), ou seja, entre o intervalo Inferior a 240€ e o intervalo Superior a 1920€. Conjuntamente, verificam-se ainda divergências estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre o nível salarial Inferior a 240€ e o nível entre 480 e 720€ (0 e 2), bem como entre esse mesmo nível salarial menos elevado (Inferior a 240€) e o nível entre 720 e 960€ (0 e 3).

Ao mesmo tempo, constatou-se ainda que as dimensões de Companheirismo e Estratégia Paliativa são, particularmente, influenciadas pelo rendimento dos inquiridos. No caso do Companheirismo observa-se  $X_{KW}^2(8)=22,09$ ,  $p=0,01$ , e na Estratégia Paliativa  $X_{KW}^2(8)=32,06$ ,  $p=0,00$ , concluindo-se que em pelo menos uma das categorias salariais, a distribuição das variáveis Companheirismo e Estratégia Paliativa, diferem significativamente das distribuições constatadas em pelo menos uma das outras categorias. Desta forma, entendeu-se pertinente, recorrer uma última vez ao teste de *Dunn* (ver Figuras 34 e 35), com o intuito de identificar em qual ou quais os níveis salariais as distribuições são estatisticamente significativas, desenvolvendo-se uma comparação múltipla das médias. Na dimensão de Companheirismo, tal como já se havia apurado para a EECL-TA na sua globalidade, verificou-se a existência de diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ) entre a categoria salarial menos elevada e a categoria mais elevada (0 e 8), ou seja, entre o intervalo Inferior a 240€ e o intervalo Superior a 1920€ (ver Figura 35). No âmbito da Estratégia Paliativa, aferiu-se um maior número de diferenças estatisticamente significativas ( $p<0,05$ ). Para além da diferença verificada na totalidade das dimensões da EECL-TA, entre o intervalo Inferior a 240€ e o intervalo Superior a 1920€ (0 e 8), constatarem-se ainda, especificamente, as diferenças entre a categoria salarial Inferior a 240€ e a categoria entre 480 e 720€ (0 e 2), entre essa mesma categoria salarial Inferior a 240€ e o nível salarial entre 1200 e 1440€ (0 e 5), e ainda entre o intervalo entre 240 e 480€ e o intervalo Superior a 1920€ (1 e 8), tal como se mostra através da Figura 35, abaixo.

Finalmente, aferiu-se ainda que os sujeitos com menores rendimentos (Inferiores a 240€), são os que apresentam um maior valor de *Mean Rank*, quer para a globalidade da EECL-TA (158,41), quer para as dimensões Companheirismo (161,99) e Estratégia Paliativa (169,57). Constatando-se, assim, que estes indivíduos são os que mais concordam com os efeitos genéricos da EECL-TA e das suas dimensões Companheirismo e Estratégia Paliativa.

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
8-7	23.528	33.583	.701	.484	1.000
8-5	37.698	29.120	1.295	.195	1.000
8-2	44.846	23.946	1.873	.061	1.000
8-3	45.448	24.479	1.857	.063	1.000
8-4	56.591	27.660	2.046	.041	1.000
8-6	65.091	31.579	2.061	.039	1.000
8-1	66.374	23.705	2.800	.005	.184
8-0	99.091	25.070	3.953	.000	.003
7-5	14.170	32.032	.442	.658	1.000
7-2	21.317	27.413	.778	.437	1.000
7-3	21.920	27.880	.786	.432	1.000
7-4	33.062	30.710	1.077	.282	1.000
7-6	41.562	34.282	1.212	.225	1.000
7-1	42.846	27.203	1.575	.115	1.000
7-0	75.562	28.400	2.661	.008	.281
5-2	7.148	21.718	.329	.742	1.000
5-3	7.750	22.304	.347	.728	1.000
5-4	18.893	25.755	.734	.463	1.000
5-6	-27.393	29.924	-.915	.360	1.000
5-1	28.676	21.451	1.337	.181	1.000
5-0	61.393	22.951	2.675	.007	.269
2-3	-.602	14.931	-.040	.968	1.000
2-4	-11.745	19.717	-.596	.551	1.000
2-6	-20.245	24.918	-.812	.417	1.000
2-1	21.529	13.624	1.580	.114	1.000
2-0	54.245	15.880	3.416	.001	.023
3-4	-11.143	20.361	-.547	.584	1.000
3-6	-19.643	25.431	-.772	.440	1.000
3-1	20.926	14.541	1.439	.150	1.000
3-0	53.643	16.673	3.217	.001	.047
4-6	-8.500	28.505	-.298	.766	1.000
4-1	9.783	19.423	.504	.614	1.000
4-0	42.500	21.067	2.017	.044	1.000
6-1	1.283	24.686	.052	.959	1.000
6-0	34.000	26.000	1.308	.191	1.000
1-0	32.717	15.514	2.109	.035	1.000

Legenda:

- 0 – Inferior a 240€
- 1 – Entre 240 e 480€
- 2 – Entre 480 e 720€
- 3 – Entre 720 e 960€
- 4 – Entre 960 e 1200€
- 5 – Entre 1200 e 1440€
- 6 – Entre 1440 e 1680€
- 7 – Entre 1680 e 1920€
- 8 – Superior a 1920€

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.  
O nível de significância é de 0.05.

**Figura 33** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da EECL-TA para a variável “Rendimento”

**Fonte:** Exportado do *software* LISREL

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
8-7	35.375	33.464	1.057	.290	1.000
8-2	63.868	23.862	2.677	.007	.268
8-3	64.500	24.393	2.644	.008	.295
8-5	65.929	29.017	2.272	.023	.831
8-1	70.692	23.621	2.993	.003	.100
8-4	75.278	27.562	2.731	.006	.227
8-6	87.500	31.467	2.781	.005	.195
8-0	105.985	24.981	4.243	.000	.001
7-2	28.493	27.316	1.043	.297	1.000
7-3	29.125	27.782	1.048	.294	1.000
7-5	30.554	31.919	.957	.338	1.000
7-1	35.317	27.107	1.303	.193	1.000
7-4	39.903	30.602	1.304	.192	1.000
7-6	52.125	34.161	1.526	.127	1.000
7-0	70.610	28.300	2.495	.013	.453
2-3	-.632	14.878	-.042	.966	1.000
2-5	-2.061	21.641	-.095	.924	1.000
2-1	6.824	13.576	.503	.615	1.000
2-4	-11.410	19.647	-.581	.561	1.000
2-6	-23.632	24.830	-.952	.341	1.000
2-0	42.117	15.824	2.662	.008	.280
3-5	-1.429	22.225	-.064	.949	1.000
3-1	6.192	14.489	.427	.669	1.000
3-4	-10.778	20.289	-.531	.595	1.000
3-6	-23.000	25.341	-.908	.364	1.000
3-0	41.485	16.614	2.497	.013	.451
5-1	4.763	21.376	.223	.824	1.000
5-4	9.349	25.664	.364	.716	1.000
5-6	-21.571	29.818	-.723	.469	1.000
5-0	40.057	22.870	1.752	.080	1.000
1-4	-4.586	19.354	-.237	.813	1.000
1-6	-16.808	24.599	-.683	.494	1.000
1-0	35.294	15.459	2.283	.022	.808
4-6	-12.222	28.404	-.430	.667	1.000
4-0	30.708	20.993	1.463	.144	1.000
6-0	18.485	25.908	.714	.476	1.000

Legenda:

- 0 – Inferior a 240€
- 1 – Entre 240 e 480€
- 2 – Entre 480 e 720€
- 3 – Entre 720 e 960€
- 4 – Entre 960 e 1200€
- 5 – Entre 1200 e 1440€
- 6 – Entre 1440 e 1680€
- 7 – Entre 1680 e 1920€
- 8 – Superior a 1920€

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.  
O nível de significância é de 0.05.

**Figura 34** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Companheirismo da EECL-TA para a variável “Rendimento”

**Fonte:** Exportado do *software* LISREL

Sample 1-Sam...	Test Statistic	Std. Error	Std. Test Statistic	Sig.	Adj.Sig.
8-7	18.244	33.523	.544	.586	1.000
8-5	29.753	29.068	1.024	.306	1.000
8-2	44.408	23.904	1.858	.063	1.000
8-6	51.982	31.523	1.649	.099	1.000
8-3	53.337	24.436	2.183	.029	1.000
8-4	56.932	27.611	2.062	.039	1.000
8-1	78.198	23.663	3.305	.001	.034
8-0	103.755	25.025	4.146	.000	.001
7-5	11.509	31.975	.360	.719	1.000
7-2	26.164	27.365	.956	.339	1.000
7-6	33.738	34.222	.986	.324	1.000
7-3	35.092	27.831	1.261	.207	1.000
7-4	38.688	30.656	1.262	.207	1.000
7-1	59.954	27.155	2.208	.027	.981
7-0	85.511	28.350	3.016	.003	.092
5-2	14.655	21.679	.676	.499	1.000
5-6	-22.229	29.871	-.744	.457	1.000
5-3	23.583	22.265	1.059	.289	1.000
5-4	27.179	25.709	1.057	.290	1.000
5-1	48.445	21.413	2.262	.024	.852
5-0	74.002	22.910	3.230	.001	.045
2-6	-7.574	24.874	-.304	.761	1.000
2-3	-8.928	14.904	-.599	.549	1.000
2-4	-12.524	19.682	-.636	.525	1.000
2-1	33.790	13.600	2.485	.013	.467
2-0	59.347	15.852	3.744	.000	.007
6-3	1.355	25.385	.053	.957	1.000
6-4	4.950	28.455	.174	.862	1.000
6-1	26.217	24.642	1.064	.287	1.000
6-0	51.774	25.953	1.995	.046	1.000
3-4	-3.595	20.325	-.177	.860	1.000
3-1	24.862	14.515	1.713	.087	1.000
3-0	50.419	16.644	3.029	.002	.088
4-1	21.267	19.388	1.097	.273	1.000
4-0	46.824	21.030	2.227	.026	.935
1-0	25.557	15.487	1.650	.099	1.000

Legenda:

- 0 – Inferior a 240€
- 1 – Entre 240 e 480€
- 2 – Entre 480 e 720€
- 3 – Entre 720 e 960€
- 4 – Entre 960 e 1200€
- 5 – Entre 1200 e 1440€
- 6 – Entre 1440 e 1680€
- 7 – Entre 1680 e 1920€
- 8 – Superior a 1920€

Cada linha testa a hipótese nula de que as distribuições das amostras em análise são idênticas.  
O nível de significância é de 0.05.

**Figura 35** - Teste de *Dunn* das comparações múltiplas das médias das ordens da dimensão Estratégia Paliativa da EECL-TA para a variável “Rendimento”

**Fonte:** Exportado do software LISREL

### 7.3 Síntese conclusiva

Neste capítulo, descreveram-se os resultados obtidos ao longo do desenrolar dos estudos qualitativo e quantitativo realizados. Deste modo, na identificação das principais fontes de stress para os indivíduos com incapacidade motora e sensorial e das suas respostas de *coping* (estudo qualitativo), demonstrou-se qual o modelo de análise utilizado para a interpretação dos dados recolhidos e os resultados da análise de conteúdo efetuada. E, no âmbito, da adaptação, validação e interpretação das ECL (Escala de *Coping* através do Lazer) em contexto de turismo acessível para uma população com características muito específicas e especiais: a população com incapacidade motora e sensorial (estudo quantitativo), traçou-se o perfil da amostra e explicou-se a adaptação das ECL em ECL-TA (Escala de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível) realizada por meio de análise fatorial confirmatória. Depois de esclarecidos os aspetos relacionados com a adaptação das escalas, foi possível apresentar os resultados obtidos por meio de análises descritivas ou univariadas, bivariadas e de correlação, tendo em consideração as novas ECL-TA.

Conclui-se, portanto, que os resultados expostos ao longo deste capítulo constituem uma base empírica, vasta e robusta, para a discussão que se apresenta no capítulo seguinte: Capítulo VIII – Discussão.

## CAPÍTULO VIII – DISCUSSÃO

---

## Capítulo VIII – Discussão

Pretende-se, neste capítulo VII, compreender melhor os resultados obtidos na investigação realizada e já apresentados no capítulo anterior, desenvolvendo-se para o efeito a sua discussão. Deste modo, debatem-se os resultados encontrados, tendo em consideração os objetivos definidos, a revisão da literatura efetuada e as hipóteses de investigação colocadas.

O capítulo divide-se em duas partes, a primeira referente à identificação das principais fontes de stress, para os indivíduos com incapacidade motora e sensorial, e das suas respostas de *coping* (estudo qualitativo) e a segunda relativa à adaptação, validação e interpretação das ECL (Escala de *Coping* através do Lazer) em contexto de Turismo Acessível, para uma população com características muito específicas: a população com incapacidade motora e sensorial (estudo quantitativo).

### 8.1 Discussão do estudo qualitativo - Identificação das principais fontes de stress, para os indivíduos com incapacidade motora e sensorial, e das suas respostas de *coping*

A questão da definição ou conceptualização de stress para os sujeitos inquiridos não foi concludente. Foi realçado que o conceito de stress gravita na esfera das obrigações, especificamente profissionais e familiares, da vida dos indivíduos, associando-se maioritariamente a responsabilidades e contrariedades do dia-a-dia, muitas vezes relacionadas com a incapacidade, mas não foi possível formar uma definição objetiva, muito provavelmente, devido à abrangência e complexidade do conceito. No entanto, sublinha-se um resultado muito interessante relacionado com positividade e negatividade atribuída ao conceito de stress, tendo-se apurado que para estes indivíduos com incapacidade motora e sensorial, o stress se apresenta como um fator de aprendizagem, ou seja, o aparecimento de um obstáculo (motivo de stress), funciona como um desafio, até se encontrar a solução ou forma de gestão daquele problema (crenças ou estratégias de *coping*). A revisão da literatura permitiu averiguar que existem três respostas possíveis dos indivíduos às situações de stress: ameaça, dano ou desafio. Assim, através da presente investigação constata-se que os indivíduos com incapacidade motora e sensorial têm maior propensão para o desafio, ou seja, para reagir à ocorrência de eventos de stress, sentindo que as exigências estabelecidas podem ser alcançadas ou ultrapassadas (Lazarus & Folkman, 1984).

Relativamente, às circunstâncias indutoras de stress ou fontes de stress identificadas e reconhecidas pelos indivíduos com incapacidade, constatou-se que estas se poderiam dividir pelas seguintes categorias: (i) esfera afetiva; (ii) obrigações e responsabilidades, (iii) motivos familiares, (iv) saúde, (v) atividade profissional, (vi) meio envolvente/ sociedade, e (vii)

incapacidade. Neste âmbito, as categorias mais referidas ou aquelas que se destacaram como principais fontes de stress foram as (vi) meio envolvente/ sociedade e (vii) incapacidade. Deste modo, foi possível apurar que as fontes de stress sentidas pelos indivíduos com incapacidade são, efetivamente, distintas da restante população. Os resultados demonstraram que a envolvente ou o ambiente que rodeia os sujeitos, ou seja, as limitações físicas ou arquitetónicas e os constrangimentos de atitude e integração social, proporciona intensas ocorrências de stress. Ao mesmo tempo, a própria incapacidade ou, neste caso, a limitação motora ou sensorial apresentada pelos indivíduos em estudo, foi considerada uma fonte de stress *per si*. De salientar é, igualmente, o facto, de muitas vezes estas duas categorias serem expostas em simultâneo, deixando perceber que os problemas de stress advindos do meio envolvente/ sociedade se encontram intimamente relacionados com a incapacidade dos indivíduos.

De acordo com a literatura, os indivíduos não terão outra opção senão desencadear os mecanismos ao seu alcance para lidar com estas situações de stress (Vaz Serra, 1999). Assim, considerando a natureza permanente ou recorrente das fontes de stress apuradas para a população em estudo, afere-se que os sujeitos serão forçados a recorrer a mecanismos que lhes permitam resistir, ultrapassar e controlar essas ocorrências. Neste contexto, as situações de stress e os estados emocionais que desencadeiam, fornecem informações relevantes acerca das condições que o ser humano está a confrontar e a avaliar subjetivamente, bem como acerca das ações ou estratégias que irá desenvolver para lidar com a situação perturbadora (Krohne, 1996a; Matarazzo, 1984).

Desta maneira, inquiriu-se os indivíduos acerca da forma como lidam com o stress, verificando-se com clareza, a utilização de diversos instrumentos de *coping* (crenças e estratégias), já que os inquiridos enumeraram cerca de 30 mecanismos de *coping*. Os resultados permitiram, assim, **comprovar a primeira hipótese colocada na presente investigação (H1)**, as circunstâncias indutoras de stress no indivíduo com incapacidade motora e sensorial influenciam positivamente a procura ativa de estratégias de *coping*.

Depois de apuradas as circunstâncias indutoras de stress nos indivíduos com incapacidade e comprovada a utilização de ações ou estratégias de *coping*, impunha-se compreender a natureza dessas ações ou estratégias, respondendo à questão de partida para a colocação da segunda hipótese de investigação: se as fontes de stress dos indivíduos com incapacidade forem diferentes da restante população, eventualmente, as formas de gerir esse stress, isto é, as ferramentas de *coping*, poderão também ser distintas. Neste sentido, aferiu-se que os sujeitos com incapacidade empregam mais vezes estratégias de *coping* interacionistas na resolução dos problemas de stress, isto é, com enfoque nas relações interpessoais ou sociais, através das quais o indivíduo procura apoio social para a resolução da fonte de stress. Alguns exemplos de referências que atestam este aspeto são “falar com amigos”, “desabafar”, “conviver”, “passear/ ir de férias com a família”. **Os resultados apurados comprovaram a H2**, o indivíduo com incapacidade motora e sensorial recorre com maior frequência a estratégias de *coping* interacionistas, em detrimento de outras estratégias de *coping* focadas na emoção ou no problema.



Paralelamente, **confirmou-se a terceira hipótese colocada (H3)**, o turismo acessível é um dos recursos de *coping* mais referenciados pelos sujeitos com incapacidade motora e sensorial, já que no estudo desenvolvido se averiguou que das 30 menções a ações de *coping*, 20 refletiram atividades de lazer, e dessas, destacaram-se 19 referências a férias ou ao turismo. Desta forma, confirma-se a importância do turismo como atividade recreacional em tempo de lazer, determinantemente preferencial para o alívio do stress entre o público com incapacidade.

Por último, através de um quadro analítico inspirado no modelo de lazer como stress-*coping* de Iwasaki, MacTavish & Mackay (2005) e no modelo de stress-*coping* baseado no *empowerment* de MacTavish & Iwasaki (2005), foi possível determinar dimensões de análise baseadas nos contributos ou benefícios da participação no turismo de pessoas com incapacidade, para o alívio do stress. Os resultados demonstraram que a participação em atividades turísticas permitiam aos indivíduos (a) criar um espaço turístico (físico ou mental), isto é, um oásis pessoal, social, cultural e espiritual, através da socialização ou suporte social e reconexão espiritual que essas experiências proporcionam, (b) desenvolver *coping* paliativo, ou seja, servir de alívio ou pausa da situação de stress, por meio de sentimentos de rejuvenescimento desencadeados pelas atividades turísticas, e ainda (c) compreender o turismo como forma de equilíbrio, isto é, como instrumento de promoção de sentimentos de harmonia e de boa disposição, com base na alteração de foco (no problema ou situação stressante) e na afirmação positiva (perante a vida).

O turismo apresenta-se, portanto, como uma forma efetiva de gestão do stress, proporcionando experiências significativas aos indivíduos com incapacidade, garantindo o desenvolvimento de um espaço, físico ou mental, onde estes indivíduos se sentem apoiados social, cultural ou espiritualmente (através do encorajamento e apoio que advêm da socialização e potencial reconexão espiritual), facultando o alívio dos constrangimentos com que estes se deparam (por meio das ocasiões de rejuvenescimento concedidas), e ainda oferecendo a oportunidade de (re)equilibrar os seus recursos internos (fomentando a afirmação positiva no dia-a-dia, bem como a distração do problema), facilitando, assim, sentimentos de competência e autocontrolo, facilitadores do seu *empowerment*. Tal como referem MacTavish e Iwasaki (2005), as atividades de lazer contribuem ativamente para a interação entre stress-*coping* e a capacitação dos indivíduos, propiciando a perceção de equilíbrio, de rejuvenescimento dos recursos físicos e mentais e da resiliência necessária para lidar eficazmente com as exigências da vida.

Estes contributos da participação turística manifestaram-se determinantes para o controlo e gestão de situações de stress dos indivíduos com incapacidade inquiridos, **possibilitando a confirmação da hipótese H4**, a participação de pessoas com incapacidade motora e sensorial no turismo acessível tem implicações positivas na socialização, diversão, espiritualidade, rejuvenescimento e utilização de afirmações positivas.

Sintetizando, os resultados apurados no âmbito do estudo de identificação das principais fontes de stress para os indivíduos com incapacidade motora e sensorial e das suas respostas de *coping* (estudo qualitativo) permitiu provar que as fontes de stress no sujeito com incapacidade são

diferentes da restante população, influenciando positivamente a procura ativa de estratégias de *coping* (H1), designadamente estratégias de *coping* interacionistas (H2), constatando-se, adicionalmente, que o turismo acessível tem, de facto, um papel dinâmico como recurso de stress-*coping* (H3), o que se reflete inevitavelmente na socialização, diversão, espiritualidade, rejuvenescimento e utilização de afirmações positivas (H4).

O stress-*coping* é, portanto, um processo contínuo que se interrelaciona nitidamente com o turismo acessível. Assim, o turismo acessível que se desenvolve, habitualmente, num contexto de liberdade, harmonia e boa disposição, poderá ser um meio para desencadear sentimentos de autocontrolo, originalidade, criatividade e poder, capazes de se manifestarem de forma efetiva perante o stress (Iwasaki, 2006), o que, por sua vez, terá um impacto positivo e implicações benéficas imediatas (bem-estar global) ou, quiçá, de longo-prazo (qualidade de vida) na vida dos indivíduos. Considerando os resultados apresentados, é possível comprovar as hipóteses H1, H2, H3 e H4. Por outro lado, e de acordo com o estudo de Iwasaki & Mannell (2000) acerca das dimensões hierárquicas do stress-*coping* através do lazer, verifica-se que este mecanismo interno e fulcral à sobrevivência dos indivíduos (stress-*coping*), se pode organizar através de uma divisão em crenças e estratégias, o que, no contexto singular do turismo, por sua vez, conduz à segunda parte desta investigação, especificamente à discussão dos resultados do estudo quantitativo, que servirão de referência ao esclarecimento das restantes hipóteses H5, H6, H7, H8 e H9.

## 8.2 Discussão do estudo quantitativo - Adaptação, validação e interpretação das ECL (Escala de *Coping* através do Lazer) em contexto de Turismo Acessível, para uma população com características muito específicas: a população com incapacidade motora e sensorial

Iwasaki & Mannell (2000) baseiam-se numa revisão integrativa da investigação realizada nas áreas das ciências sociais, da psicologia e do lazer sobre as temáticas do stress e do *coping*, para a criação das ECL (Escala de *Coping* através do Lazer) com o intuito de compreender e caracterizar o processo de stress-*coping* através do lazer, a fim de explicar as diferentes formas em que o lazer ajuda as pessoas a lidar com o stress. Através deste estudo, verifica-se que o lazer é um recurso de stress-*coping* que fomenta o desenvolvimento de duas dimensões de *coping* distintas: as crenças e as estratégias de *coping*. Os autores sugerem, assim, um formato hierárquico de organização das implicações positivas do lazer no alívio do stress na vida dos indivíduos, através da aplicação de duas escalas (Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer e Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer) para medir as dimensões propostas.

Neste sentido, a adaptação das ECL (Escala de *Coping* através do Lazer) para o contexto particular do turismo acessível, considerando uma população especial como a população com incapacidade motora e sensorial, revelou-se o procedimento mais adequado aos objetivos desta

investigação. Assim, após a análise fatorial confirmatória, verificou-se que a Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer (ECCL), originalmente com 30 itens, para que seja válida no contexto do turismo acessível e para a população com incapacidade motora e sensorial, terá de sofrer algumas retificações, designadamente a eliminação dos itens 6, 8, 9, 13, 17, 22 e 27, tornando-se num instrumento mais adequado e robusto, tendo em conta as especificidades em estudo. Desta maneira, chega-se à nova escala retificada, a Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível (ECCL-TA), com apenas 23 itens, e ainda à validação do modelo conceptual proposto. Aplicando-se a mesma análise (fatorial confirmatória) à Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer (EECL), com 18 itens no total, constatou-se, igualmente, a necessidade de eliminação de alguns itens, nomeadamente os itens 2, 12, 13 e 15. Seguindo a mesma lógica, valida-se o modelo conceptual sugerido e averigua-se que a escala retificada, Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível (EECL-TA), com apenas 14 itens será mais sólida e apropriada aos contextos singulares em estudo.

Deste modo, apura-se que as ECL se adequam à população com incapacidade motora e sensorial no contexto do turismo acessível, tendo em consideração as retificações descritas anteriormente (para ECL-TA), **comprovando-se parcialmente a hipótese de investigação H5**.

Posto isto, os resultados da aplicação das ECL-TA permitem retirar conclusões acerca dos impactes ou benefícios do turismo acessível na gestão e controlo de situações de stress, tal como se havia estabelecido como objetivo ou meta primordial desta tese. Ora, neste âmbito, surgem, desde logo, as hipóteses H6, a participação no turismo acessível tem um efeito positivo no *coping* de pessoas com incapacidade motora e sensorial, não só através de crenças, como através das estratégias desenvolvidas, e H7, a participação no turismo acessível potencia positivamente várias dimensões biopsicossociais do indivíduo com incapacidade motora e sensorial.

Considerando as duas hipóteses (H6 e H7) é importante sublinhar que se assume como “efeito positivo”, níveis de concordância dos sujeitos iguais ou superiores a 2 pontos, com base na escala de *Likert* utilizada com o máximo de 5 pontos (1= “não concordo”; 2= “concordo pouco”; 3= “concordo moderadamente”; 4= “concordo muito”; 5= “concordo muitíssimo”).

Os resultados apurados através da análise descritiva **constatam a veracidade da hipótese H6**, demonstrando que os valores médios (média, mediana e moda) para ambas as escalas, ECCL-TA e EECL-TA, na sua generalidade, se encontram todos acima de 3 pontos, comprovando que a participação em atividades de lazer no contexto de turismo acessível tem um efeito positivo no *coping* de sujeitos com incapacidade, quer através das crenças associadas a essa participação, quer por meio das estratégias desenvolvidas durante a participação.

Simultaneamente, **confirma-se a hipótese H7**, tendo-se observado que todas as dimensões biopsicossociais em análise, em cada uma das escalas, ou seja, em cada uma das categorias organizacionais de *coping* estabelecidas (crenças e estratégias), obtiveram resultados univariados positivos (acima dos 3 pontos, em termos de concordância), a saber:

- A. As crenças de *coping* incluem as dimensões Autonomia e Amizade que, por sua vez, se desdobram nas subdimensões Autodeterminação e *Empowerment* para a Autonomia, e Suporte Emocional, Autoestima, Ajuda Tangível e Suporte Informativo para a Amizade. Destaque para as subdimensões *Empowerment* e Autoestima com valores médios muito próximos ou acima de 4 pontos, sugerindo que a subdimensão mais vincada no âmbito da Autonomia é o *Empowerment*, e que na Amizade a subdimensão que melhor a explica é a Autoestima. Resultados estes que corroboram os *outputs* da análise correlacional, mostrando-se que a ECCL-TA apresenta interligações e associações fortes entre todas as suas subdimensões, apesar dos níveis ligeiramente mais fracos das subdimensões Autodeterminação e Suporte Emocional, sugerindo o reforço na sua medição (aumento do número de itens relativos a estas subdimensões, por exemplo).
- B. As estratégias de *coping* abrangem as dimensões Companheirismo, Estratégia Paliativa e Humor Positivo, sobressaindo esta última, com valores médios bastante acima das restantes. De salientar ainda os resultados da análise de correlação, que indicam uma forte e robusta associação entre todas as dimensões da EECL-TA, apenas levemente mais fraca no caso do Estratégia Paliativa, propondo-se, tal como no ponto anterior, o reforço na sua medição (aumento do número de itens relativos a esta dimensão, por exemplo).

Os resultados supra descritos e tendo como base o referencial teórico de Iwasaki & Mannell (2000), poderá assumir-se que as atividades de lazer no âmbito do turismo acessível influenciam de forma positiva as crenças e estratégias de *coping* (H6) que, por seu turno, afetam positivamente as diversas dimensões biopsicossociais dos indivíduos com incapacidade (H7). De uma forma global, estes resultados reforçam a validade das adaptações realizadas às ECL, atestando-se a conexão e inter-relacionamento entre as diferentes dimensões e subdimensões biopsicossociais, apoiando a legitimidade das ECL-TA.

Por outro lado, sendo o enfoque desta investigação, uma população com características intrínsecas bastante específicas, seria imperativo avaliar a variação das crenças e das estratégias de *coping* consoante o tipo de incapacidade e o perfil sociodemográfico e económico da população em estudo. Assim, por meio da análise bivariada efetuada, cruzando-se as variáveis (a) tipo de incapacidade, (b) género, (c) estado civil, (d) parentalidade, (e) habilitações literárias e (f) rendimento; com as dimensões e subdimensões da ECCL-TA e da EECL-TA, **foi possível comprovar a hipótese H8.**

Os resultados demonstraram que as crenças de *coping* dos indivíduos com incapacidade em contexto de turismo acessível variam de acordo com o tipo de incapacidade, estado civil, parentalidade e rendimento, constatando-se que o género e as habilitações literárias não influenciam esta categoria hierárquica (crenças de *coping*) na sua globalidade.

Relativamente ao tipo de incapacidade, afere-se que as subdimensões da Autonomia, isto é, a Autodeterminação e o *Empowerment* variam entre a incapacidade auditiva e motora, constatando-se que os indivíduos com incapacidade motora são aqueles que mais valorizam e concordam com os efeitos positivos proporcionados por estas subdimensões. Estes resultados são justificáveis na medida em que as pessoas com dificuldades motoras e de mobilidade, tenderão a ser alvo de maiores constrangimentos de acessibilidade física e dependência de outros para a realização de atividades de vida diárias, ao contrário das pessoas surdas que enfrentam maioritariamente barreiras de comunicação. Daí que a Autonomia seja um fator de maior importância para os indivíduos com incapacidade motora. Já das subdimensões da Amizade, salientam-se apenas aquelas que variam com o tipo de incapacidade, designadamente a Autoestima, a Ajuda Tangível e o Suporte Informativo, verificando-se variações entre os sujeitos com incapacidade auditiva e motora e entre os indivíduos com incapacidade auditiva e visual. A Autoestima é mais valorizada pelos indivíduos com incapacidade motora, sendo que a Ajuda Tangível e o Suporte Informativo é mais pertinente para os sujeitos com incapacidade visual. Esta variação é, igualmente compreensível, visto que os indivíduos com incapacidade motora serão aqueles cuja incapacidade é mais visível, logo, tendencialmente serão aqueles com maior necessidade de trabalhar a Autoestima. Por sua vez, a Ajuda Tangível e Suporte Informativo serão aspetos de grande relevância para os cegos, já que uma simples descrição do meio envolvente num ambiente desconhecido, poderá significar a ocorrência ou não de uma situação de stress.

O estado civil influencia unicamente a subdimensão Suporte Informativo entre solteiros e casados, sendo mais significativa para os sujeitos solteiros, depreendendo-se que os indivíduos casados não valorizam tanto este aspeto, devido à confiança depositada no parceiro.

A parentalidade, ou seja, ter ou não filhos, afeta as crenças de *coping* de uma forma geral e, em específico, as subdimensões *Empowerment*, Autoestima e Suporte Informativo, averiguando-se que os indivíduos sem filhos são aqueles que mais prezam estas subdimensões.

Por fim, considerando o rendimento dos sujeitos, constata-se que aqueles que auferem menores rendimentos (menos de 240€ mensais líquidos) são os que mais concordam com os efeitos das crenças de *coping* em contexto turístico acessível, sobretudo nas subdimensões *Empowerment* e Suporte Informativo. Este resultado vai ao encontro de outros factos apurados ao longo da revisão da literatura, nomeadamente que as classes sociais menos elevadas, teriam maior vontade em participar em atividades de lazer e, conseqüentemente, maior probabilidade de retirar maiores benefícios para a manutenção da sua saúde quando os níveis de stress aumentam (Iwasaki, 2006; Mannell & Kleiber, 1997).

Os resultados revelaram ainda que as estratégias de *coping* das pessoas com incapacidade em contexto de turismo acessível, ao contrário das crenças de *coping*, variam com todas as categorias sociodemográficas definidas, ou seja, variam consoante o tipo de incapacidade, género, estado civil, parentalidade, habilitações literárias e rendimento.

No que concerne o tipo de incapacidade, verifica-se que a única dimensão que varia entre a incapacidade motora e auditiva é o Humor Positivo, atestando-se que os indivíduos com incapacidade motora são aqueles que mais apreciam e concordam com os efeitos positivos associados a esta dimensão, o que levará a concluir que serão o público que mais buscará o divertimento e as afirmações positivas (perante a vida) durante as suas férias ou viagens turísticas.

Paralelamente, é interessante ressaltar o facto das mulheres e os indivíduos solteiros serem os que mais valorizam as estratégias de *coping*, especialmente nas suas dimensões Companheirismo e Estratégia Paliativa.

Neste caso, a parentalidade, tal como nas crenças, influencia igualmente as estratégias de *coping*, de uma forma geral e, em específico, as dimensões Companheirismo e Estratégia Paliativa, averiguando-se que os indivíduos sem filhos são aqueles que mais as apreciam.

Os resultados demonstram ainda que a dimensão Humor Positivo varia de acordo com as habilitações literárias, mas não foi possível determinar as diferenças entre os vários níveis educacionais. Esta dificuldade poderá advir do facto da amostra não ser representativa do nível educacional dos indivíduos com incapacidade em Portugal, já que a grande maioria dos inquiridos se enquadra entre o ensino secundário e superior, ao invés da maioria do universo com incapacidade, tal como se constatou ao longo da revisão bibliográfica.

Finalmente, no que diz respeito ao rendimento, e tal como nas crenças de *coping*, apura-se que os sujeitos que auferem menores rendimentos (menos de 240€ mensais líquidos) são os que mais concordam com os efeitos das estratégias de *coping* em contexto turístico acessível, particularmente nas dimensões Companheirismo e Estratégia Paliativa. A interpretação do resultado será idêntica à realizada anteriormente para as crenças de *coping*.

De uma forma genérica, considerando os resultados obtidos, quer no âmbito do estudo qualitativo, quer do quantitativo, poder-se-á afirmar que o modelo de stress-*coping* proposto é válido no contexto turístico para a população com incapacidade motora e sensorial. Logo, e tendo como base a revisão da literatura realizada, será possível assegurar que os indivíduos que desenvolvem crenças e estratégias de *coping* através do lazer (particularmente atividades turísticas), reorganizam e reforçam os seus recursos internos que lhes permitem lidar, controlar e gerir situações de stress, que consequentemente, influenciam positivamente o seu bem-estar global (Iwasaki et al., 2005; Iwasaki & Schneider, 2003; Mactavish & Iwasaki, 2005; Zuzanek et al., 1998). Assim, considerando as abordagens social e terapêutica que se foram imprimindo a esta investigação, adotou-se o bem-estar como uma das suas metas, já que se trata de um conceito que poderá facilmente sintetizar as interpretações que se foram fazendo acerca das crenças ou estratégias de *coping* utilizadas pela população com incapacidade, aliadas à atividade turística, numa perspetiva integrativa. Desta forma, **torna-se possível legitimar a hipótese H9**, o stress-*coping* reequilibra e harmoniza os recursos da população com incapacidade motora e sensorial, influenciando positivamente o seu bem-estar global.

### 8.3 Síntese conclusiva

A discussão dos resultados permitiu concluir que a investigação desenvolvida respondeu aos objetivos definidos, verificando-se que as evidências empíricas apresentadas no capítulo anterior vão ao encontro do teorizado ao longo da primeira parte deste trabalho.

Desta maneira, o debate dos resultados alcançados ao longo do estudo qualitativo permitiu comprovar as hipóteses H1, H2, H3 e H4, sendo que discussão das informações obtidas no âmbito do estudo quantitativo possibilitou demonstrar as hipóteses H5, H6, H7 e H8. Por último, a integração dos resultados de ambos os estudos efetuados permitiu legitimar a hipótese H9.

Concluindo, com este capítulo mostrou-se o interesse e validade do modelo conceptual proposto e, a partir desta discussão, estão reunidas as condições para sistematizar as principais conclusões da investigação e assinalar os seus contributos e implicações teóricas e práticas, tal como se pretende realizar no capítulo seguinte, Capítulo IX – Conclusões.

## CAPÍTULO IX – CONCLUSÕES

---



## Capítulo IX – Conclusões

O interesse crescente do turismo como área científica tem sido notório. Verifica-se, efetivamente, que se trata de um âmbito do saber cada vez mais estudado, principalmente na esfera económica. No entanto, considerando as novas tendências mundiais de desenvolvimento turístico que testemunham o aumento e prevalência de maiores e mais intensas preocupações ao nível das esferas ambiental e social, constata-se a necessidade e urgência em alargar e acentuar a investigação em turismo a outros domínios, numa tentativa de promover novas perspetivas da atividade turística, fomentar abordagens inovadoras e dinamizar formas de turismo alternativas. O turismo acessível, ou o turismo para todos, apresenta-se nesta senda científica alternativa, estimulando a multidisciplinaridade e legitimando variadas perspetivas e diversas abordagens.

As características intrínsecas ao turismo acessível, permitem concluir que se trata de um formato turístico direcionado para a inclusão de todas as pessoas na participação integral da experiência turística, constituindo uma oportunidade de inclusão social, mas também um meio para o desenvolvimento pessoal para os seus participantes. Neste contexto, vislumbra-se, desde logo, a interligação entre as duas abordagens em foco na presente investigação: a social e a terapêutica. Ora, incluindo-se a população com incapacidade na participação turística, apela-se à ampliação da perspetiva social que deverá ser inerente à prática turística, e proporciona-se um conjunto de benefícios a estas pessoas que favorecem o seu bem-estar, ou seja, promovem a sua saúde ao nível social, físico, emocional e psíquico, contribuindo positivamente para a sua reabilitação global.

Simultaneamente, a progressiva globalização, a democratização do conhecimento e a liberalização dos mercados, suscitando o livre acesso a bens e serviços, o aumento da competitividade e a velocidade transacional, transformou o ambiente empresarial, mas também o social. O indivíduo tornou-se cada vez mais dominado pela responsabilidade social e individual, mas, igualmente, por situações que ultrapassam ou excedem os seus recursos (físicos e mentais) pessoais. Deste modo, outra tendência generalizada das sociedades contemporâneas é a luta diária contra o stress.

Atualmente, o stress inunda a vida de todos os dias de todos os indivíduos, refletindo a tensão e desgastes físicos e emocionais a que estes estão sujeitos de forma permanente. O stress provoca, portanto, desequilíbrios graves na saúde dos sujeitos, desencadeando reações orgânicas, psicológicas e comportamentais que suscitam a necessidade de investigação aprofundada. De facto, as áreas do stress e das formas de lidar com ele ou de o gerir e controlar (*coping*), têm sido bastante estudadas, oferecendo pistas e desafios de investigação futura, designadamente no âmbito de populações especiais ou de difícil acesso, como é o caso da população com incapacidade.

A população com incapacidade motora e sensorial, inspira interesse científico, não só pela situação manifesta de desvantagem física, mas também pela posição social discriminatória de que

é alvo. Evidências estas, que contrastam com fenómenos mundiais de relevo, tais como o envelhecimento populacional global que, por sua vez, denuncia o inequívoco aumento do número de pessoas com algum tipo de incapacidade.

Assim, o turismo, o *stress-coping* e a população com incapacidade, são temáticas, verdadeiramente, atuais e relevantes no contexto das sociedades contemporâneas, cuja interligação nunca foi estudada. É certo que, tal como se verificou através da revisão da literatura, se tem vindo a estudar o lazer como forma de *stress-coping*, existindo já algumas evidências empíricas deste relacionamento para a população com incapacidade. Contudo, no âmbito específico do turismo, concretamente do turismo acessível, ainda nada relativo ao *stress-coping* foi explorado, certificando *a priori* a inovação inerente a esta tese. Neste sentido, através da avaliação da ligação entre as diferentes temáticas em análise, apesar de algumas limitações que surgiram ao longo da investigação, chegou-se a pertinentes conclusões e implicações teóricas e práticas, que, por seu turno, permitem revelar sugestões de investigação futura, tal como se apresenta e descreve nos pontos subsequentes.

## 9.1 Principais conclusões

As grandes metas de investigação propostas nesta tese prendiam-se com (a) a compreensão das relações dinâmicas entre turismo, *stress* e *coping* para a população com incapacidade e com (b) o desenvolvimento de bases empíricas que pudessem apontar linhas orientadoras relevantes, não só para fins terapêuticos, mas também para o desenvolvimento de novos produtos turísticos otimizados, numa lógica biopsicossocial. Assim, após as primeiras leituras bibliográficas, desde logo se percebeu a sua abrangência e complexidade, ressaltando a necessidade de definição de objetivos gerais, designadamente (i) clarificar as circunstâncias indutoras de stress para as pessoas com incapacidade e identificar as suas principais respostas de *coping* e (ii) explicar como o turismo poderá atuar nas dimensões do *stress-coping*. Deste modo, tendo em vista a prossecução de objetivos gerais e específicos, desenvolveu-se uma aprofundada revisão bibliográfica acerca das temáticas em estudo, que resultaram nos Capítulos I – O Stress-Coping, II – A Pessoa com Incapacidade Motora e Sensorial, III – O Turismo Acessível, IV – O Stress-Coping aplicado ao Turismo Acessível, e V – Revisão de Estudos que integram as variáveis: Stress, Coping, Lazer e Incapacidade. E, tendo como base esta revisão literária, foi possível desenvolver dois estudos empíricos, um qualitativo e outro quantitativo, originando os Capítulos VI – Metodologia, VII – Resultados, VIII – Discussão dos Resultados, e IX – Conclusões.

No âmbito do Capítulo I, concluiu-se que o stress é uma condição cada vez mais impactante na vida dos indivíduos nas sociedades contemporâneas que pode ser atenuada e orientada através de ações ajustadas de *coping*. Ao mesmo tempo, considerando as circunstâncias indutoras de stress, a literatura sugere que populações especiais, tais como a população com incapacidade,

suportem fontes de stress específicas e, consequentemente, exijam ações ou estratégias de *stress-coping* distintas e adaptadas às suas especificidades. Ainda de acordo com a literatura, comprova-se a significância do lazer como estratégia de *stress-coping* para a população com incapacidade, contudo, conclui-se também que a investigação é reduzida ou inexistente, no caso particular do turismo.

O Capítulo II permite concluir que a incapacidade é avaliada por meio de características corporais e biológicas dos indivíduos, mas também através dos seus atributos individuais, psicológicos e emocionais, considerando inevitavelmente o ambiente (social) em que está inserido, ou seja, a incapacidade resulta de uma panóplia de estados e situações físicas, psicológicas, emocionais, culturais, políticas, económicas, entre outras. Verifica-se, portanto, a complexidade do conceito de incapacidade e vislumbra-se o aumento da sua importância nas sociedades atuais, devido aos mais recentes avanços médico-tecnológicos aliados à tendência generalizada de envelhecimento populacional. Estes factos, dão conta de um nicho de mercado em ascensão, salientando a importância da aposta em investigação no âmbito da população com incapacidade, já que se averiguou uma clara correlação entre envelhecimento e incapacidade, quer em Portugal, quer no Mundo.

Ao longo do Capítulo III, foi possível concluir que turismo acessível ou também denominado turismo para todos, se assume como um modelo ou filosofia de gestão que possibilita a plena participação dos indivíduos com incapacidade em atividades turísticas, sublinhando as abordagens orientadoras da presente investigação: social e terapêutica. Conclui-se, assim, que o perfil do consumidor turístico com incapacidade e respetivo comportamento de viagem apresenta características singulares. Por um lado, devido aos constrangimentos que se impõem à livre vontade e participação dos sujeitos com incapacidade no turismo, nomeadamente limitações internas (intrínsecas ao próprio indivíduo), interativas (fruto da interação entre a pessoa e o meio) ou externas (resultantes do ambiente que rodeia o sujeito). Por outro, devido aos benefícios proporcionados pelo turismo, que são sentidos de forma distinta e mais intensa pelos sujeitos com incapacidade, tal como ficou demonstrado por alguns autores analisados na revisão bibliográfica, assinaladamente o aumento da autonomia e resiliência, o crescimento psíquico e emocional e a transformação e aperfeiçoamento de capacidades sociais. No entanto, e apesar das mais valias sociais e terapêuticas comprovadas, constatou-se que os sujeitos com incapacidade ainda participam pouco no turismo, sobretudo porque falta ainda, por parte da Indústria e da Tutela, a sensibilidade para perceber o turismo acessível como uma oportunidade económica, justificada pelo envelhecimento populacional generalizado, social, explicada pela crescente preocupação e consciencialização dos direitos de igualdade de todos os indivíduos em sociedade, e ainda terapêutica, legitimada pelo papel crescentemente ativo na melhoria da saúde e bem-estar das pessoas com incapacidade, designadamente aquando da sua reabilitação.

Com o Capítulo IV os peritos são unânimes em dizer que a investigação é ainda limitada na compreensão dos contributos e impactes das atividades ou experiências turísticas recreativas que possam influenciar positivamente situações de stress, contribuindo para a sua gestão e controlo.

Apura-se que o lazer tem, de facto, um papel importante ao nível do *stress-coping* dos indivíduos, especificamente aqueles com incapacidade, tendo-se demonstrado a sua potencial relevância na promoção da sua saúde e bem-estar, mas reconhece-se que há necessidade de aprofundar o conhecimento nesta área científica. Desta forma, conclui-se que o turismo, desenvolvido de forma recreacional em tempo de lazer, poderá amortecer ou atenuar o stress, devido às suas características particulares, abrindo caminho para a parte empírica da presente investigação. Alicerçada na robustez da revisão da literatura, quer a nível internacional, quer nacional, e identificadas as necessidades de desenvolvimento desta área no contexto nacional, foram seleccionadas as variáveis em estudo, as quais constituíram a base deste trabalho, permitindo assim avançar com o contributo empírico.

Através do Capítulo V destacam-se os principais estudos realizados acerca das variáveis em estudo (*stress*, *coping*, lazer, turismo e incapacidade), averiguando-se objetivos, metodologias e principais resultados. Esta revisão serviu, então, de base à tomada de decisão no que diz respeito à metodologia e instrumentos a utilizar ao nível do contributo empírico, os quais demonstraram ser ferramentas úteis e adequadas para serem utilizados no contexto da presente tese, e sustentou, ainda e uma vez mais, a pertinência em investigar e contribuir para o avanço do conhecimento nesta área de conhecimento.

No Capítulo VI definiu-se a metodologia utilizada, problematizando-se o objeto de estudo e especificando-se os objetivos. Deste modo, emergiram os seguintes objetivos específicos (1) refletir sobre os benefícios do turismo acessível para o *stress-coping*; (2) perceber quais as dimensões biopsicossociais do indivíduo com incapacidade são afetadas pela participação no turismo acessível; (3) adaptar e aplicar duas escalas (as ECL – Escalas de *Coping* através do Lazer) para medir os benefícios biopsicossociais do turismo organizados hierarquicamente através de crenças e estratégias de *coping* utilizadas pela população com incapacidade motora e sensorial; (4) identificar futuras linhas de investigação que cruzem saúde, turismo e incapacidade, numa lógica que una a terapêutica à recreação, ou seja, o turismo ao *stress-coping*. Simultaneamente, foi possível estabelecer o modelo conceptual, explicado através das hipóteses de investigação colocadas. Uma vez definida a população em estudo, determinou-se os instrumentos de avaliação e respetivos procedimentos de implementação, concluindo-se qual o tratamento e análise estatística mais adequados.

Os Capítulos VII e VIII descrevem os resultados e a sua respetiva discussão, dividindo-se em duas partes, correspondentes aos dois estudos efetuados: qualitativo e quantitativo, dos quais se retiraram as seguintes conclusões:

- A. Relativamente ao primeiro estudo (qualitativo), que pretende responder ao objetivo geral de investigação (i) e aos objetivos específicos (1) e (2), verificou-se que o stress é um conceito de difícil conceptualização para os indivíduos com incapacidade, gravitando entre as responsabilidades laborais e familiares e as dificuldades relativas à própria incapacidade, o que

acaba por se traduzir nas duas principais fontes de stress: a incapacidade e o meio envolvente ou sociedade, que, por vezes, se interligam de tal forma simbiótica que é difícil destrinçá-los.

Estes factos, permitiram, então, confirmar a existência da necessidade de gestão do stress por parte da população com incapacidade, levando-nos a concluir que as principais formas de gestão do stress se relacionavam com atividades recreativas ou de lazer. Consequentemente, foi, igualmente, interessante verificar que dentro dessas atividades de lazer, as pessoas com incapacidade, recorrem maioritariamente ao turismo como recurso primordial para lidar com o stress.

Neste contexto, foi ainda possível concluir que o turismo acessível apresenta três contributos fundamentais ao nível do stress-*coping*: a criação de um espaço turístico, o *coping* paliativo e o equilíbrio, sendo que cada um deles oferece ainda outros benefícios aos indivíduos com incapacidade os quais denominamos de dimensões biopsicossociais. Especificamente, dentro da criação de um espaço turístico favorece-se a socialização e a reconexão espiritual, considerando que o *coping* paliativo oferece oportunidades de rejuvenescimento e, no caso, do equilíbrio, promove a alteração de foco e a afirmação positiva perante a vida. Todos estes benefícios, que se comprovou serem proporcionados pelo turismo, conclui-se que favorecem o *empowerment* dos indivíduos com incapacidade. Ou seja, o turismo é, portanto, um instrumento marcante do stress-*coping*, assumindo-se como um mecanismo de relevância na gestão do stress das pessoas com incapacidade, com implicações na sua socialização, espiritualidade, rejuvenescimento, alteração de foco e afirmação positiva, favorecendo inevitavelmente o seu *empowerment*.

Concluindo, o valor de sobrevivência associado aos recursos de *coping* não é apenas programado biologicamente, mas efetivamente desenvolvido através de experiências de socialização, transições de vida marcantes, personalidade, contextos sociais e culturais, entre outras experiências de vida (Iwasaki & Mannell, 2000), nomeadamente a experiência turística, tal como se pôde concluir.

- B. No que diz respeito ao segundo estudo (quantitativo), que pretende responder ao objetivo geral de investigação (ii) e aos objetivos específicos (3) e (4), averiguou-se que as ECL (Escala de *Coping* através do Lazer) podem ser aplicadas no contexto do turismo acessível, adequando-se à população com incapacidade, de acordo com algumas adaptações e retificações, transformando-se em ECL-TA (Escala de *Coping* através do Lazer em contexto de Turismo Acessível).

E, a partir da sua interpretação, é possível concluir que o turismo acessível tem um efeito positivo no *coping* das pessoas com incapacidade motora e sensorial, através das crenças associadas a essa participação, designadamente ao nível da promoção da Autonomia, sobretudo o *Empowerment*, e da Amizade, principalmente a Autoestima, e ainda por meio das estratégias desenvolvidas durante as atividades turísticas, nomeadamente o Companheirismo, a Estratégia Paliativa e o Humor Positivo, mormente este último. Conclui-se ainda que as crenças de *coping* variam consoante o tipo de incapacidade, o estado civil, a parentalidade e

os rendimentos dos indivíduos, sendo que as estratégias de *coping*, para além destes parâmetros, variam ainda de acordo com o género e o nível educacional ou habilitações literárias. Especificamente, no âmbito das diferenças por incapacidade, é importante sublinhar que no que diz respeito às crenças de *coping*, os indivíduos com incapacidade motora são os mais valorizam a dimensão Autonomia, ou seja, a Autodeterminação e o *Empowerment*, e ainda a subdimensão Autoestima, na dimensão Amizade. Simultaneamente, conclui-se que os sujeitos com incapacidade visual são os que mais estimam as subdimensões Ajuda Tangível e Suporte Informativo, da dimensão Amizade. Relativamente a estratégias de *coping*, já se havia concluído que o Humor Positivo se comprovou preponderante para lidar com o stress na incapacidade, verificando-se este pendor com maior intensidade para as pessoas com incapacidade motora.

Resumindo, o contributo do turismo acessível por meio das crenças de *coping* resulta nas dimensões biopsicossociais Autonomia e Amizade, que se subdividem em Autodeterminação e *Empowerment* para a Autonomia, e Suporte Emocional, Autoestima, Ajuda Tangível e Suporte Informativo para a Amizade. No caso das pessoas com incapacidade motora e sensorial, destaque para a importância atribuídas ao *Empowerment* e à Autoestima. Paralelamente, em termos de estratégias de *coping*, conclui-se que o turismo acessível proporciona oportunidades de dinamização das dimensões Companheirismo, Estratégia Paliativa e Humor Positivo, salientando-se o Humor Positivo como principal aposta no mercado da incapacidade.

Em jeito de síntese conclusiva e integrativa da revisão da literatura e dos estudos realizados, respondendo às metas de investigação propostas (a) e (b), conclui-se que:

1. As fontes de stress dos indivíduos com incapacidade motora e sensorial são, efetivamente, diferentes da restante população, originando respostas de *coping* distintas;
2. O turismo acessível é a resposta de *coping* preferencial no alívio e gestão do stress das pessoas com incapacidade motora e sensorial;
3. Os contributos do turismo acessível para o stress-*coping* das pessoas com incapacidade motora e sensorial organizam-se hierarquicamente através de crenças e estratégias de *coping*;
4. As ECL (Escala de *Coping* através do Lazer) podem ser utilizadas no contexto do turismo acessível com as devidas retificações, servindo de base ao levantamento e interpretação das dimensões biopsicossociais desenvolvidas para gerir ou lidar com problemas de stress pela população com incapacidade;

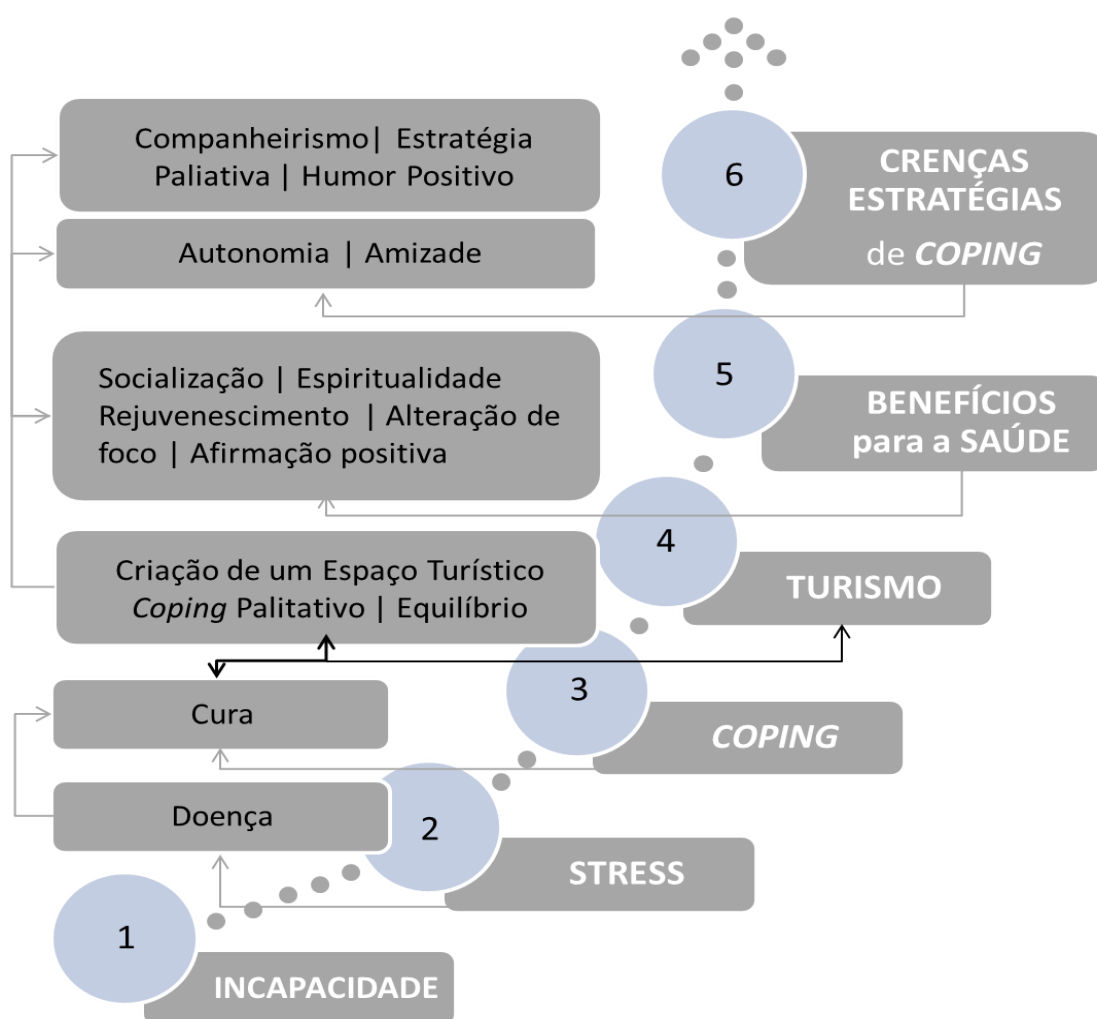
5. As crenças de *coping* associadas ao turismo acessível fomentam as dimensões biopsicossociais Autonomia, especialmente na sua subdimensão *Empowerment*, e Amizade, com destaque comprovado para a Autoestima em todos os tipos de incapacidade;
6. As estratégias de *coping* desenvolvidas aquando da participação no turismo acessível, promovem as dimensões biopsicossociais Companheirismo, Estratégia Paliativa e Humor Positivo, sublinhando-se o Humor Positivo como a dimensão mais valorizada consensualmente por todos os indivíduos, independentemente do seu tipo de incapacidade;
7. As crenças e estratégias de *coping* proporcionadas pelo turismo acessível fortalecem as capacidades dos indivíduos com incapacidade motora e sensorial em lidar, controlar e gerir o stress, suportando o reequilíbrio e harmonização dos seus recursos pessoais e sociais, contribuindo positivamente para a sua saúde e bem-estar global.

Por fim, estas conclusões finais e integradas permitem ainda pensar em implicações teóricas e práticas relativas à investigação desenvolvida, tal como se descreve no ponto seguinte.

## 9.2 Implicações teóricas e práticas

A investigação futura nesta área específica do saber que relaciona turismo acessível e stress-*coping* dependerá, não só da evolução teórica dos conceitos envolvidos, mas também dos progressos ao nível da aplicação prática do conhecimento.

Neste sentido, considerando o plano teórico, a presente investigação permitiu validar o modelo conceptual proposto inicialmente e, ao mesmo tempo, possibilitou o seu aprimorar através da integração dos resultados obtidos e das principais conclusões. Assim, apresenta-se na Figura 36 o modelo conceptual teórico integrativo da investigação efetuada.



**Figura 36** - Modelo conceptual teórico integrativo da investigação efectuada

Esta base teórica poderá servir de suporte a novas e inovadoras investigações no âmbito do turismo, sistematizando-se as suas principais implicações em termos sociais e terapêuticos, especificamente no domínio da promoção do bem-estar global dos indivíduos, as duas abordagens âncoras desta tese.

Deste modo evidenciam-se como principais implicações teóricas, (i) a identificação da incapacidade e envolvente social como principais fontes de stress para os indivíduos com incapacidade motora e sensorial; (ii) a compreensão das estratégias de *coping* mais eficazes para a população com incapacidade motora e sensorial: estratégias interacionistas, baseadas na



interação social; (iii) a clarificação do fenómeno de *stress-coping* no âmbito do turismo acessível, designadamente ao nível do esclarecimento dos seus benefícios e contributo para a promoção e desenvolvimento de recursos e dimensões biopsicossociais no indivíduo com incapacidade motora e sensorial; (iv) a identificação da socialização e suporte social como um dos principais benefícios do turismo acessível; (v) o reconhecimento do turismo acessível como resposta de *coping* preferencial para a população com incapacidade motora e sensorial; designadamente através de dimensões sociais, tais como Amizade e Companheirismo; (vi) a identificação do turismo acessível como instrumento de *stress-coping* no aconselhamento e intervenções terapêuticas, relacionadas com a reabilitação pessoal e social de sujeitos com incapacidade motora e sensorial.

Por outro lado, considerando o plano prático desta investigação, assente nas mesmas perspetivas social e da promoção do bem-estar, é possível identificar as seguintes implicações práticas: (i) consciencialização das sociedades para o direito universal da participação turística, incluindo os indivíduos com incapacidade; (ii) sensibilização para as mais valias e benefícios do turismo acessível para a inclusão e integração social plena dos indivíduos com incapacidade; (iii) sensibilização dos indivíduos com incapacidade motora e sensorial e respetivas famílias para a relevância do turismo acessível como recurso de *stress-coping*, para que faça parte das suas práticas de lazer, otimizando sinergias familiares e de grupo, promotoras do seu bem-estar, a curto prazo, e da sua qualidade de vida, a longo prazo; (iv) informação fidedigna e consistente, baseada em evidências empíricas, que se disponibilizará à Tutela, no sentido de apoiar a tomada de decisões ao nível da intervenção nos sectores do turismo, segurança social, saúde e educação; (v) sistematização de dimensões biopsicossociais influenciadas positivamente pela participação no turismo acessível, que poderão servir de base ao planeamento e condução de intervenções terapêuticas no contexto da reabilitação de indivíduos com incapacidade motora e sensorial; (vi) sugestão de terapêutica alternativa às atividades de reabilitação tradicionais; (vii) compreensão do turismo acessível como um modelo de gestão para o desenvolvimento de novos e inovadores produtos turísticos, baseados na integração social e promoção da saúde e bem-estar, tendo em vista a sua diferenciação e competitividade.

Finalmente, e apesar da pertinência e atualidade da presente tese para o progresso do conhecimento na área do turismo, é importante ressaltar que, tal como qualquer outro trabalho, apresenta limitações. Conscientes dos problemas associados ao processo de investigação e à população alvo em estudo, são destacadas e discutidas as limitações encontradas ao longo do próximo ponto, com o intuito de estabelecer linhas orientadoras de melhoria futura.

### 9.3 Limitações

Este estudo revelou-se bastante complexo, mas também de grande valor, devido à integração de várias áreas científicas: turismo, psicologia e saúde. Tal riqueza de conhecimentos e multidisciplinaridade, em diferentes âmbitos do saber, permitiram compreender melhor a temática, para assim intervir na mudança de mentalidades e comportamentos, visando a promoção da saúde e bem-estar nos indivíduos com incapacidade. Contudo, esta vantagem, traz consigo, igualmente, algumas limitações de dispersão de perspetivas, de conceitos, de metodologias, e de ações, que dificultam a concretização da investigação.

Para além disso, há que salientar as dificuldades inerentes à abordagem metodológica em termos empíricos. Em primeiro lugar, os problemas de acesso à amostra, por se tratar de um nicho populacional em Portugal com um nível educacional pouco elevado, destacando-se constrangimentos de acesso a um grande número de elementos e problemas na aplicação dos instrumentos devido à complexidade e abstração da temática em estudo. Em segundo lugar, os diversos tipos de incapacidade, que dificultam a recolha de informação, implicando uma grande morosidade no processo de implementação dos instrumentos. E, por último, essa variedade de incapacidades, que conduz ainda a obstáculos relacionados com a necessidade de adaptação da investigadora a diferentes abordagens, técnicas e estratégias.

Outra limitação prende-se com a ausência de literatura e instrumentos específicos para avaliar as crenças e estratégias de *coping* no contexto do turismo acessível para a população com incapacidade. Deste modo, procedeu-se ao ajuste de outros instrumentos aplicáveis no âmbito do lazer, certamente os mais destacados na literatura existente, o que se revelou adequado, mas não completamente satisfatório.

Reconhece-se, portanto, que os instrumentos utilizados no estudo quantitativo mereceriam maior adaptação, todavia, foram os passíveis de serem utilizados, considerando as limitações financeiras e de horizonte temporal impostas ao longo da implementação da investigação.

No sentido de colmatar os constrangimentos identificados, apresentam-se seguidamente recomendações e sugestões de investigação futura.

### 9.4 Investigações futuras

Conscientes de que as limitações apresentadas acima se poderão transformar em desafios que permitam construir um maior conhecimento e compreensão da temática investigada na presente tese, enumeram-se, então, algumas recomendações e sugestões de investigação para o futuro.

De uma maneira geral, atendendo à dificuldade reconhecida de ausência de instrumentos específicos acerca das variáveis em estudo, construídos e validados para a população portuguesa

e, concretamente, para a população com incapacidade, sugere-se a criação e validação de instrumentos adequados aos diferentes tipos de incapacidade, permitindo, de forma mais robusta, consistente e adequada, avaliar o impacto do turismo no alívio do stress e, consequentemente, na promoção do bem-estar e qualidade-de-vida da população com incapacidade.

Ora, com esta investigação foram clarificadas as circunstâncias indutoras de stress para as pessoas com incapacidade e identificadas as suas principais respostas de *coping*, tendo-se explicado como o turismo poderia atuar nas diferentes dimensões do *stress-coping*, importaria agora realizar uma investigação/ ação ou estudo de intervenção com os mesmos indivíduos, por forma a sensibiliza-los e educa-los para a alteração das suas práticas em lidar com a incapacidade, estimulando a participação turística acessível, levando-os assim a melhor lidar com o stress de forma mais eficaz, alterando comportamentos, com consequências positivas, não só a nível individual, mas também a nível social.

Os resultados apresentados alertam, também, para a necessidade de estudos mais aprofundados que permitam examinar com maior clareza as diferenças culturais e contextuais dos indivíduos em estudo, bem como as diferenças específicas inerentes a cada tipo de incapacidade. Ao mesmo tempo, e sendo o primeiro estudo realizado em Portugal no interface das áreas do turismo, stress e *coping*, sobre a população com incapacidade, importará, igualmente, realizar estudos comparativos, interculturais com outros países, que permitam validar e acentuar a importância que o turismo tem na redução da doença e, consequentemente, na redução dos custos que as instituições têm com esta população.

As conclusões apuradas, questionam-nos, portanto, sobre as políticas de intervenção terapêutica para os indivíduos com incapacidade, no âmbito da reabilitação, tuteladas pela Administração Central, o que sugere, desde logo, maior reflexão e mais concertação, de todos os que intervêm nas tomadas de decisão, quer no sector do turismo, quer no sector da saúde.

Conclui-se, sublinhando a necessidade que todos têm de investir em formação ao longo da vida, sugerindo-se a introdução do turismo como meio de promoção da saúde e bem-estar dos indivíduos, o que deverá ser ensinado e trabalhado por todos os indivíduos desde a infância até à velhice. Deste modo, será possível contribuir para a prevenção primária, evitando o stress, a ansiedade, a depressão, os problemas de saúde de forma geral, e para a prevenção secundária, promovendo a reabilitação.

Esta investigação abre, assim, caminho para uma nova área de interesse no âmbito do turismo: o *stress-coping*, considerando uma população especial, a população com incapacidade motora e sensorial. Muitas outras sugestões de investigação se poderiam enunciar para dar continuidade e melhorar o estudo efetuado, já que se trata de uma área de conhecimento ainda pouco estudada e, por isso, muito fértil. Corroborando o reconhecido filósofo alemão Immanuel Kant, “a principal regra é não cultivar isoladamente nenhuma faculdade por si mesma; é cultivar cada uma delas com relação às outras.”.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

## Referências Bibliográficas

- Adler, N., Boyce, T., Chesney, M., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R., & Syme, S. (1994). Socioeconomic Status and Health: the challenge of the gradient. *American Psychologist*, 49(1), 15-24.
- Ahlström, G., & Sjöden, P. (1996). Coping with illness-related problems and quality of life in adult individuals with muscular dystrophy. *Journal of Psychosomatic Research*, 41(4), 365-376.
- Anderson, L., Schleien, S., McAvoy, L., Lais, G., & Seligmann, D. (1997). Creating Positive Change through an integrated outdoor adventure program. *Therapeutic Recreation Journal*, 31(4), 214-229.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3(2), 273-294.
- Arbour-Nicitopoulos, K. P., Ginis, K. A., & Latimer, A. E. (2009). Planning, Leisure-Time Physical Activity, and Coping Self-Efficacy in Persons with Spinal Cord Injury: a randomized controlled trial. *Arch Phys Med Rehabil*, 90, 2003- 2011.
- Associação Portuguesa de Turismo Acessível, A. P. P. T. A. (2008). Um Acesso para Todos, Retrieved from <http://www.appta.org.pt>
- Barre, K., Barre, S., & Taggart, M. (2005). A Feasibility Study for a Yukon Health and Wellness Tourism Industry. Yukon: Department of Tourism and Culture, Yukon Territorial Government.
- Bedini, L. A. (2000). Just sit down so we can talk: Perceived stigma and the pursuit of community recreation for people with disabilities. *Therapeutic Recreation Journal*, 34, 55-68.
- Bellando, E. (2004). Porquê uma Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência? . *Boletim do UNRIC*, 1-6. Retrieved from <http://www.unric.org/pt/desenvolvimento-social/369?showall=1>
- Berno, T., & Ward, C. (2005). Innocence Abroad: A Pocket Guide to Psychological Research on Tourism. *American Psychologist*, 60(6), 593-600. doi: 0.1037/0003-066X.60.6.593
- Blalock, S. J., DeVellis, B. M., & Giorgino, K. B. (1995). The Relationship between Coping and Psychological Well-Being among People with Osteoarthritis: a problem-specific approach. *Annals of Behavioral Medicine*, 17(2), 107-115.
- Bramston, P., & Fogarty, G. (1995). Measuring stress in the mildly intellectually handicapped: the factorial structure of the subjective stress scale. *Research in Developmental Disabilities*, 16(2), 117-131.
- Brown, F., & Hall, D. (2005). *Tourism and Welfare: Ethics, Responsibility and Sustained Well-being*. Wallingford: CAB International.

- Buhalis, D., Eichhorn, V., Michopoulou, E., & Miller, G. (2006). *Accessibility market and stakeholder analysis 2005*. Paper presented at the OSSATE, University of Surrey.
- Bullock, C. C., & Mahon, M. J. (Eds.). (1997). *Introduction to recreation services for people with disabilities – a person –centred approach*. Champagn: Sagamore.
- Bult, M. K., Verschuren, O., Jongmans, M. J., Lindeman, E., & Ketelaar, M. (2011). What influences participation in leisure activities of children and youth with physical disabilities? A systematic review *Research in Developmental Disabilities*, 32(5), 1521-1529.
- Bunting, C. J., Tolson, H., Kuhn, C., Suarez, E., & Williams, R. B. (2000). Physiological stress response of the neuroendocrine system during outdoor adventure tasks. *Journal of Leisure Research*, 32(2), 191-207.
- Caldwell, L. L. (2005). Leisure and health: why is leisure therapeutic? *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 7-26. doi: 10.1080/03069880412331335939
- Camisão, V. (2006). *Turismo Social - Diálogos do Turismo, Uma Viagem de Inclusão: Turismo e Acessibilidade*. Rio de Janeiro: Ministério do Turismo e IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism., 30, . *Clinical Psychology Review*, 30, 879-889.
- Casas, C. L. J. (2005). *Lazer sem barreiras - Guia de turismo adaptado para pessoas com deficiência*: Projecto CAMI 2004.
- Casteleiro, J. M. (2001) *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea* (Vol. 2). Lisboa: Editorial Verbo.
- Centro de Reabilitação Profissional de Gaia, C. R. P. G. (2007). *Mais Qualidade de Vida para as Pessoas com Deficiências e Incapacidades – Uma Estratégia para Portugal*. In CRPG (Ed.). Gaia.
- Chaves, E. C., Cade, N. V., Montovani, M. F., OLeite, R. C., & Spire, W. C. (2000). Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Rev.Esc.Enf.USP*, 34(4), 370-375.
- Cohen, E. (1979). A Phenomenology of Tourist Experiences. *Sociology*, 13(2), 179-201. doi: 10.1177/003803857901300203
- Coleman, D., & Isoahola, S. E. (1993). Leisure and Health: the role of social support and self-determination. *Journal of Leisure Research*, 25(2), 111-128.
- Comissão Europeia, C. E. (2004). Parecer do Comité Económico e Social Europeu sobre "Para um turismo acessível a todas as pessoas e socialmente sustentável". *Jornal Oficial da União Europeia*, C-32, 1-14.

- Comissão Europeia, C. E. (2007). Situation of disabled people in the European Union: the European action plan 2008 – 2009. Brussels: European Commission
- Comissão Europeia, C. E. (2010). Pessoas com deficiências têm direitos iguais: A estratégia europeia em matéria de deficiência 2010-2020. Bruxelas: Comissão Europeia.
- Comissão Europeia, C. E. (2012). Eurobarometer 2012 on perceptions of discrimination in the EU. Bruxelas: Comissão Europeia.
- Comissão Europeia, C. E. (2014). Economic Impact and Travel Patterns of Accessible Tourism in Europe – Final Report. Brussels: European Commission, DG Enterprise and Industry.
- Comité Económico e Social Europeu, C. E. S. E. (2004). Para um turismo acessível a todas as pessoas e socialmente sustentável *Jornal Oficial nº C 032*: Comité Económico e Social Europeu.
- Cooper, C., Fletcher, J., Gilbert, D., & Wanhill, S. (1999). *Tourism Principles and Practice*. Essex: Longman.
- Crawford, D., Jackson, E., & Godbey, G. (1991). A hierarchical model of leisure constraints. *Leisure Sciences*, 13, 309–320.
- Creswell, J. W. (2009). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. Los Angeles: Sage Publications, Inc.
- Curtin, S. (2010). Managing the wildlife tourism experience: The importance of tour leaders. *International Journal of Tourism Research*, 12(3), 219-236. doi: 10.1002/jtr.747
- Daltilo, J. (2001). *Inclusive leisure services to the rights of people with disabilities*. Georgia: Venture Publishing.
- Daniels, M. J., Rodgers, E. B., & Wiggins, B. P. (2005). Travel Tales: an interpretive analysis of constraints and negotiations to pleasure travel as experienced by persons with disabilities. *Tourism Management*, 26, 919-930.
- Darcy, S. (2003). *Riding the Wave of Tourism and Hospitality Research*. Paper presented at the CAUTHE Conference - Disabling Journeys: The tourism patterns of people with impairments in Australia, Southern Cross University, Lismore.
- Darcy, S. (2010). Inherent complexity: Disability, accessible tourism and accommodation information preferences. *Tourism Management*, 31, 816-826.
- Darcy, S. (2012). (Dis)Embodied Air Travel Experiences: Disability, Discrimination and the Affect of a Discontinuous Air Travel Chain. *Journal of Hospitality and Tourism Management*, 19(Special Issue: Beyond the Margins (Critical Tourism and Hospitality)), 1-11.
- Darcy, S., & Buhalis, D. (2011). *Acessible Tourism: Concepts and Issues*. Bristol: Channel View Publications.

- Darcy, S., & Daruwalla, P. (1999). The Trouble with Travel: People with Disabilities and Tourism. *Social Alternatives*, 18(1), 41-46.
- Daruwalla, P., & Darcy, S. (2005). Personal and societal attitudes to disability. *Annals of Tourism Research*, 32(3), 549-570. doi: 10.1016/j.annals.2004.10.008
- Department of Culture, M. a. S., D.C.M.S. (2003). Framework for Disability. London: TourismInsights - Department of Culture, Media and Sport.
- Desmond, D. M. (2007). Coping, affective distress, and psychosocial adjustment among people with traumatic upper limb amputations. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(1), 15-21.
- Deville, E. (2003). *Necessidades de informação turística para pessoas com mobilidade reduzida: o caso dos deficientes físicos*. Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Devine, M. (1997). Inclusive Leisure Services and Research: A Consideration of the Use of Social Construction Theory. *Journal of Leisurability*, 24(2).
- Dey, I. (1993). *Qualitative Data Analysis: a user-friendly guide for social scientists*. London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Dixon, C. (2007). *Perceptions of Disability: a shift of paradigm*. Lyon: Basic Introduction Training. Handicap International.
- Dumazedier, J. (1962). *Vers une civilisation du loisir?*. Paris: Seuil.
- Eisenhardt, K. (1989). Building Theories from Case Study Research. *The Academy of Management Review*, 14 (4), 532-550.
- Elands, B. H. M., & Lengkeek, J. (2000). *Typical Tourists: Research into the theoretical and methodological foundations of a typology of tourism and recreation experiences* (Vol. 21): Mansholt Studies
- Ell, K. (1996). Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection *Social Science & Medicine*, 42(2), 173-183.
- European Network for Accessible Tourism, E. N. A. T. (2008). Towards 2010: Disability Policy Challenges and Actions for the European Tourism Sector.
- Ferreira, A. M. (2003). *O turismo como propiciador da regeneração dos centros históricos: O caso de Faro*. Doutoramento em Turismo, Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS (and sex and drugs and rock'n'roll"* (3 ed.). Los Angeles: SAGE.
- Filep, S. (2014). Consider Prescribing Tourism. *Journal of Travel Medicine*, 21(3), 150–152.
- Flick, U. (2009). *An Introduction to Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive effect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 647-654.



- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- Freire, T. (2013). Leisure Experience and Positive Identity Development in Adolescents. In T. Freire (Ed.), *Positive Leisure Scienc* (pp. 61 - 79). Dordrecht: Springer Netherlands.
- Freire, T., & Tavares, D. (2011). Influência da auto-estima, da regulação emocional e do género no bem-estar subjectivo e psicológico de adolescentes. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(5), 184-188.
- Furlong, M., & Connor, J. P. (2007). The measurement of disability-related stress in wheelchair users. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 88, 1260-1267.
- Garcia-Villamizar, D. A., & Dattilo, J. (2010). Effects of a leisure programme on quality of life and stress of individuals with ASD. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 611-619. doi: 10.1111/j.1365-2788.2010.01289.x
- Gatchel, R., Baum, A., Krantz, D., & Singer, J. (1989). *An introduction to health psychology*. New York: Random House.
- Gignac, M., & Cott, C. (1998). A conceptual model of independence and dependence for adults with disabilities. *Social Science & Medicine Journal*, 47(6), 739-753.
- Gilbert, D., & Abdullah, J. (2004). Holidaytaking and the sense of well-being. *Annals of Tourism Research*, 31(1), 103-121.
- Gladwell, N. J., & Bedini, L. A. (2004). In search of lost leisure: the impact of caregiving on leisure travel. *Tourism Management*, 25, 685-693.
- Gomes, R., & Pereira, A. (2008). Estratégias de Coping em Educadores de Infância Portugueses. *Psicologia Escolar e Educacional*, 12(2), 319-326.
- Gonçalves, C. (2003). Enquadramento familiar das pessoas com deficiência: Uma análise exploratória dos resultados dos Censos 2001. *Estudos Demográficos*, 33, 71-94.
- Goodwin, D., Peco, J., & Ginther, N. (2009). Hiking Excursions for Persons with Disabilities: Experiences of Interdependence. *Therapeutic Recreation Journal*, First Quarter 2009. Retrieved from [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3903/is\\_200901/ai\\_n31964286/?tag=content;col1](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3903/is_200901/ai_n31964286/?tag=content;col1) website:
- Hansson, B., & Ahlstrom, G. (1999). Coping with chronic illness: a qualitative study of coping with postpolio syndrome. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 255-262.
- Harris, A., & Enfield, S. (2003). *Disability, Equality and Human Rights: a Training Manual for Development and Humanitarian Organisations*. Bournemouth: Oxfam Publication in association with Action on Disability and Development (ADD).

- Hayllar, B., & Griffin, T. (2005). The precinct experience: a phenomenological approach. *Tourism Management*, 26(4), 517-528. doi: DOI: 10.1016/j.tourman.2004.03.011
- Heintzman, P., & Mannell, R. C. (2003). Spiritual functions of leisure and spiritual well-being: Coping with time pressure. *Leisure Sciences*, 25(2-3), 207-230. doi: 10.1080/01490400390211835
- Henderson, K., & Bialeschki, M. (2005). Leisure and Active Lifestyles: Research Reflections. *Leisure Sciences*, 27, 355-365.
- Hood, C., & Carruthers, C. (2007). Enhancing Leisure Experience and Developing Resources: The Leisure and Well-Being Model. *Therapeutic Recreation Journal*, Fourth Quarter 2007. Retrieved from [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qa3903/is\\_200901/ai\\_n31964286/?tag=content;col1](http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3903/is_200901/ai_n31964286/?tag=content;col1) website:
- Hull, R. B., & Michael, S. E. (1995). Nature-Based Recreation, mood change, and stress restoration. *Leisure Sciences*, 17(1), 1-14.
- Hull, R. B., Michael, S. E., Walker, G. J., & Roggenbuck, J. W. (1996). Ebb and flow of brief leisure experiences. *Leisure Sciences*, 18(4), 299-314.
- Hutchinson, S. L., Loy, D. P., Kleiber, D. A., & Dattilo, J. (2003). Leisure as a coping resource: Variations in coping with traumatic injury and illness. *Leisure Sciences*, 25(2-3), 143-161. doi: 10.1080/01490400390211808
- INE. (2002). Censos 2001. In I. N. d. E. (INE) (Ed.). Lisboa.
- INE. (2008). Estatísticas Demográficas 2007. In I. N. d. E. (INE) (Ed.). Lisboa.
- INE. (2011). Censos 2011: Resultados Provisórios. In I. INE (Ed.). Lisboa.
- INE. (2012). Censos 2011 - Resultados Definitivos. *Instituto Nacional de Estatística*. Lisboa.
- INR. (2009). O que é a CIF?. Site do Instituto Nacional de Reabilitação Retrieved October, 2009
- INR. (2009b). *A Mudança de Paradigma. A evolução dos conceitos de Deficiência e Incapacidade. O modelo biopsicosocial da Funcionalidade e Incapacidade*. Paper presented at the Encontro sobre Informação Estatística e Indicadores no âmbito da Deficiência /Incapacidade.
- IsoAhola, S. E., & Park, C. J. (1996). Leisure-related social support and self-determination as buffers of stress-illness relationship. *Journal of Leisure Research*, 28(3), 169-187.
- Iwasaki, Y. (2001). Testing an optimal matching hypothesis of stress, coping and health: Leisure and general coping. *Loisir & Societe-Society and Leisure*, 24(1), 163-203.
- Iwasaki, Y. (2003). Examining rival models of leisure coping mechanisms. *Leisure Sciences*, 25(2-3), 183-206. doi: 10.1080/01490400390211826

- Iwasaki, Y. (2006). Counteracting stress through leisure coping: A prospective health study. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 209-220.
- Iwasaki, Y. (2007). Leisure and quality of life in an international and multicultural context: What are major pathways linking leisure to quality of life? *Social Indicators Research*, 82(2), 233-264. doi: 10.1007/s11205-006-9032-z
- Iwasaki, Y., Mackay, K. J., Mactavish, J. B., Ristock, J., & Bartlett, J. (2006). Voices from the margins: Stress, active living, and leisure as a contributor to coping with stress. *Leisure Sciences*, 28(2), 163-180. doi: 10.1080/01490400500484065
- Iwasaki, Y., MacTavish, J., & MacKay, K. (2005). Building on strengths and resilience: leisure as a stress survival strategy. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 81-100. doi: 10.1080/03069880412331335894
- Iwasaki, Y., & Mannell, R. C. (2000). Hierarchical dimensions of leisure stress coping. *Leisure Sciences*, 22(3), 163-181.
- Iwasaki, Y., & Schneider, I. E. (2003). Leisure, stress, and coping: An evolving area of inquiry. *Leisure Sciences*, 25(2-3), 107-113. doi: 10.1080/01490400390211781
- Iwasaki, Y., & Smale, B. J. A. (1998). Longitudinal analyses of the relationships among life transitions, chronic health problems, leisure, and psychological well-being. *Leisure Sciences*, 20(1), 25-52.
- Iwasaki, Y., Zuzanek, J., & Mannell, R. C. (2001). The effects of physically active leisure on stress-health relationships. *Canadian Journal of Public Health-Revue Canadienne De Sante Publique*, 92(3), 214-218.
- Jennings, G. (2001). *Tourism research*. Milton, Australia: John Wiley and Sons Australia, Ltd.
- Jennings, G., & Nickerson, N. P. (Eds.). (2006). *Quality tourism experiences*. Oxford: Elsevier Butterworth-Heinemann.
- Juniper, D. (2005). Leisure counselling, coping skills and therapeutic applications. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 27-36. doi: 10.1080/03069880412331335920
- Kastenholz, E. (2004). Management of Demand as a Tool in Sustainable Tourist Destination Development. *Journal of Sustainable Tourism*, 12(5), 388-408.
- Kastenholz, E. (2010). *Experiência Global em Turismo Rural e Desenvolvimento Sustentável das Comunidades Locais*. Paper presented at the IV Congresso de Estudos Rurais, Aveiro.
- Kastenholz, E., Eusébio, M. C., Moura, A., & Figueiredo, E. (2010). Animação turística acessível: do sonho à realidade. In ISCE (Ed.), *Turismo acessível: estudos e experiências*. Lisboa.
- Kastenholz, E., Pinho, P., Eusébio, C., & Figueiredo, E. (2010). Estudo das necessidades de acesso ao recreio, lazer e turismo das pessoas com incapacidade na Lousã. Lousã: ARCIL.

- Kimball, A., & Freysinger, V. J. (2003). Leisure, Stress, and Coping: The Sport Participation of Collegiate Student-Athletes. *Leisure Sciences*, 25(2-3), 115-141. doi: 10.1080/01490400306569
- Kimberlin, S. (2009). Political Science Theory and Disability. *Journal of Human Behaviour in the Social Environment*, 19, 26-43.
- Kleiber, D. A., Hutchinson, S. L., & Williams, R. (2002). Leisure as a resource in transcending negative life events: Self-protection, self-restoration, and personal transformation. *Leisure Sciences*, 24(2), 219-235.
- Kleiber, D. A., Reel, H. A., & Hutchinson, S. L. (2008). When distress gives way to possibility: The relevance of leisure in adjustment to disability. *Neurorehabilitation*, 23(4), 321-328.
- Krohne, H. W. (1996a). Individual differences in coping. In M. Z. a. N. S. Endler (Ed.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 381-409). New York: Wiley.
- Krohne, H. W. (1996b). Stress and Coping Theories. In M. Z. a. N. S. Endler (Ed.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications*. New York: Wiley.
- Lazarus, R. (1993). Coping with stress of illness. In A. Kaplun (Ed.), *Health promotion and chronic illness: discovering a new quality of health* (pp. 11-29). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Averill, J. (1972). Emotion and cognition: with special reference to anxiety. In Spielberger (Ed.), *Anxiety: current trends in theory and research* (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Leitner, M., & Leitner, S. (2005). The use of leisure counselling as a therapeutic technique. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 37-49.
- Lobozewicz, T. (1995). Influence of tourism and recreation on restoring people with special needs to psycho-psychical efficiency *Progress in tourism of people with special needs* (pp. 254-260). Polonia: Studio Wydawnicze AGAT.
- Loeffler, T. (2004). A photo elicitation study of the meanings of outdoor adventure pursuits. *Journal of Leisure Research*, 36, 536-556.
- Loy, D. P., Dattilo, J., & Kleiber, D. A. (2003). Exploring the influence of leisure on adjustment: Development of the leisure and spinal cord injury adjustment model. *Leisure Sciences*, 25(2-3), 231-255. doi: 10.1080/01490400390211844
- Mackelprang, R. (2010). Disability Controversies: Past, Present and Future. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 9, 87-98.

- Mactavish, J., & Iwasaki, Y. (2005). Exploring perspectives of individuals with disabilities on stress-coping. *Journal of Rehabilitation*, 71(1), 20-31.
- Mannell, R. C., & Kleiber, D. A. (1997). *A social psychology of leisure*. State College, PA: Venture.
- Marôco, J. P. (2010a). *Análise de Equações Estruturais: Fundamentos teóricos, Software e Aplicações* (1 ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Marôco, J. P. (2010b). *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)* (1 ed.). Pêro Pinheiro: ReportNumber.
- Matarazzo, J. D. (1984). Behavioral health: a 1990 challenge for health services professions. In S. M. W. J.D. Matarazzo, J.A.Herd, N.E. Miller, & S.M. Weiss (Ed.), *Behavioral health: A handbook of health and disease prevention* (pp. 3-40). New York: John Wiley & Sons.
- McColl, M. A., Lei, H., & Skinner, H. (1995). Structural relationships between social support and coping. *Soc. Sci. Med*, 41(3), 395-407.
- McCracken, G. (1988). *The Long Interview*. California: Sage.
- McKercher, B., Packer, T., Yau, M., & Lam, P. (2003). Travel agents as facilitators or inhibitors of travel: perceptions of people with disabilities. *Tourism Management*, 24(4), 465-474.
- McKercher, P. (2008). Segment transformation in urban tourism. *Tourism Management*, 29, 1215-1225.
- Miller, G. (2009). *The Market for Accessible Tourism*. Paper presented at the Competitiveness for European Tourism for All, Ljubljana.
- Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, M. T. S. S. (2006). 1º Plano de Acção para a Integração das Pessoas com Deficiências ou Incapacidade. In M. d. T. e. d. S. Social (Ed.). Lisboa.
- Ministry of Tourism of Ontario, M. T. O. (2007). A profile of travellers looking for accessible travel destinations - An Overview of North American Travellers based on the 2006 Travel Activities and Motivations Survey (TAMS). In M. o. T. o. Ontario (Ed.).
- Morgan, M., & Xu, F. (2009). Student Travel Experiences: Memories and Dreams. *Journal of Hospitality Marketing & Management*, 18(2), 216 - 236.
- Morling, B., & Fiske, S. (1999). Defining and measuring harmony control. *Journal of Research in Personality*, 33(379-414).
- Moura, A., & Kastenholz, E. (2010). O potencial do turismo acessível como estratégia de desenvolvimento das áreas rurais. In ISCE (Ed.), *Turismo acessível: estudos e experiências*. Lisboa: (no prelo).
- Moura, A., Kastenholz, E., & Pereira, A. (2009). *Health and wellness tourism: understanding the foundations of an increasing specialty market*. Paper presented at the Advances in Tourism Economics 2009, Lisboa.

- Mueller, H., & Kaufmann, E. L. (2001). Wellness tourism: market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry. *Journal of Vacation Marketing*, 7(1), 5-17.
- Murray, M., & Sproats, J. (1990). The Disabled Traveller: Tourism and Disability in Australia. *The Journal of Tourism Studies*, 1(1), 9-14.
- Nario-Redmond, M. (2010). Cultural stereotypes of disabled and non-disabled men and women: Consensus for global category representations and diagnostic domains. *British Journal of Social Psychology*, 49, 471-488.
- Neal, J., Uysal, M., & Sirgy, M. (2007). The effect of tourism service on travellers' quality of life. *Journal of travel research*, SAGE, 46 -154.
- Neumann, P., & Reuber, P. (2004). *Estímulos económicos do turismo acessível para todos*. Munique e Berlim: Ministério Federal da Economia e do Trabalho Alemão (BMWA).
- Nossa, P. (2008). Linhas de Investigação Contemporâneas na Geografia da Saúde e a Noção Holística de Saúde. In C. Barcellos (Ed.), *A Geografia e o Contexto dos Problemas de Saúde* (Vol. Saúde & Movimento). Rio de Janeiro: ABRASCO: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Colectiva.
- Organização Mundial de Saúde, O. M. S. (2001). Classification Internationale du Fonctionnement, du Handicap et de la Santé. In O. M. d. Saúde (Ed.). Geneva.
- Organização Mundial de Saúde, O. M. S. (2004). CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. In D.-G. d. Saúde (Ed.). Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde, O. M. S. (2008). World Report on Disability and Rehabilitation: ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health. In O. M. d. Saúde (Ed.). Geneva.
- Organização Mundial de Saúde, O. M. S. (2011a). Relatório Mundial sobre a Deficiência. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo - Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência.
- Organização Mundial de Saúde, O. M. S. (2011b). World report on disability. Geneva: World Health Organization.
- Organização Mundial de Turismo, O. M. T. (2005). Accessible Tourism for All *General Assembly of the World Tourism Organization*. Dakar: World Tourism Organization.
- Organização Mundial de Turismo, O. M. T. (2014). Glossary of tourism terms. Madrid: Organização Mundial de Turismo.
- Packer, T. L., McKercher, B., & Yau, M. K. (2007). Understanding the complex interplay between tourism, disability and environmental contexts. *Disability and Rehabilitation*, 29(4), 281-292. doi: 10.1080/09638280600756331

- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods* (3 ed.). Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Penninx, B., Tilburg, T., Deeg, D., Kriegsman, D., Boeke, A., & Eijk, J. (1997). Direct and buffer effects of social support and personal coping resources in individuals with arthritis. *Social Science & Medicine*, 44(3), 393-402.
- Pereira, A. (1991). *Coping, auto-conceito e ansiedade social (sua relação com rendimento escolar)*. Doutoramento em Psicologia. Tese não Publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Pereira, A., Motta, E., Pinto, C., Bernardino, O., Melo, A., Ferreira, J., . . . Vaz, L. (2008). Programa de Gestão e Controlo do Stresse *Manual da Formação*. In *Plano de Apoio à Transição - Programas de Intervenção*. Coimbra, Portugal: Universidade de Coimbra.
- Pereira, A., Vagos, P., Chaves, C., Carrinho, P., Gomes, R., Andreucci, L., & Ferraz, L. (2009). Stresse do aluno: um estudo comparativo entre Portugal e Brasil. In I. L. M. R. S. Jesus (Ed.), *Resumos e textos do I Congresso Luso-Brasileiro de Psicologia da Saúde: Experiências e Intervenções em psicologia da saúde* (pp. 829-839). Faro, Portugal: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde (SPPS) e Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA).
- Pereira, A. M. S. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In J. Tavares, M. Yunes, H. Szymanski, A. M. S. Pereira, H. Ralha-Simões & M. Castro (Eds.), *Resiliência e Educação*. São Paulo: Cortez Editora.
- Pereira, A. M. S. (2006). Stress e doenças: contributos da psicologia da saúde na última década. In I. Leal (Ed.), *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 145-167). Coimbra: Quarteto Editora.
- Pereira, A. M. S. (Ed.). (1992). *Coping e Stress* (Número Especial ed.). Lisboa.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciencias sociais: a complementariedade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Powdthavee, N. (2009). What happens to people before and after disability? Focusing effects, lead effects, and adaptation in different areas of life. *Social Science & Medicine Journal*, 69, 1834-1844.
- Prebensen, N. K., & Foss, L. (2011). Coping and Co-creating in Tourist Experiences. *International Journal of Tourism Research*, 13, 54-67.
- Priberam. (2014). Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (DPLP). Retrieved 02.10.2014, from Priberam <http://www.priberam.pt/>
- Przeclawski, K. (1995). Tourism and its role to people with special needs *Progress in tourism of people with special needs* (pp. 245-248). Polonia: Studio Wydawnicze AGAT.
- Publishing, I. (1995). The coping & stress profile. In O-261 (Ed.). U.S.A.

- Puhl, R., & Brownell, K. D. (2003). Ways of coping with obesity stigma: review and conceptual analysis *Eating Behaviors*, 4(1), 53-78.
- Quivy, R. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais* (4 ed.). Lisboa: Gradiva.
- Ramos, A., & Santos, R. (2008). O novo paradigma dos destinos termais. *Gestión Turística*, 9, 9-36.
- Ramos, M., Sá-Couto, P., Pereira, A., & Silva, C. F. (2013). Análise da estrutura do coping em profissionais de trabalhos mentais. In M. C. A. Pereira, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. A. Gomes (Ed.), *Livro de Atas VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 975-984).
- Ramos, M., Sá-Couto, P., Pereira, A., & Silva, C. F. (2014). Coping differentiates work ability of white collar workers – preliminary findings on the good coping at work profile. In P. B. K. Kaniasty, S. Howard, & K. Moore (Ed.), *Stress and Anxiety: Applications to Social and Environmental Threats, Psychological Well-Being, Occupational Challenges, and Developmental Psychology* (pp. 177-184). Berlin, Germany: Logos Verlag.
- Rhode, P., Froehlich-Grobe, K., Hockemeyer, J., Carlson, J., & Lee, J. (2012). Assessing stress in disability: Developing and piloting the Disability Related Stress Scale. *Disability and Health Journal*(5), 168-176.
- Richards, V., Pritchard, A., & Morgan, N. (2010). (Re)Envisioning tourism and visual impairment. *Annals of Tourism Research*, 37(4), 1097-1116.
- Riedmatten, R. (2002). Understanding disability: look, then act. *L'Interactif*, 10.
- Rudolph, K., Denning, M., & Weisz, J. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.
- Santos, L. R., Ribeiro, J. P., & Guimarães, L. (2003). Estudo de uma escala de crenças e de estratégias de coping através do lazer. *Análise Psicológica*, 21(4), 441-451.
- Santos, M. (2006). *Serviço social e deficiência mental: a perspectiva subjectiva da qualidade de vida*. Coimbra: Instituto Superior Miguel Torga
- Sarafino, E. (Ed.). (1994). *Health Psychology* (2 ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research-Online*, 8, 23-74.
- Schleien, S., Ray, M., & Humphrey, F. (1988). *Community recreation and persons with disabilities: Overcoming obstacles to community recreation integration*. Baltimore: Paul Brookes.



- Schneider, I. E., & Iwasaki, Y. (2003). Reflections on leisure, stress, and coping research. *Leisure Sciences*, 25(2-3), 301-305. doi: 10.1080/01490400390211871
- Schuster, R., & Hammitt, W. (2000). Effective coping strategies in stressful outdoor recreation situations: Conflict on the Ocoee River. In D. N. Cole, S. F. McCool, W. T. Borrie & J. Oloughlin (Eds.), *Wilderness Science in a Time of Change Conference, Vol 4 - Wilderness Vistors, Experiences, and Visitor Management* (Vol. 4, pp. 167-174).
- Schuster, R. M., Hammitt, W. E., & Moore, D. (2003). A theoretical model to measure the appraisal and coping response to hassles in outdoor recreation settings. *Leisure Sciences*, 25(2-3), 277-299. doi: 10.1080/01490400390211862
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia: Lippincott.
- Selye, H. (1980). The stress concept today. In K. L. B., Shchlesinger & Associates (Eds.), *Handbook on stress and anxiety* (pp. 127-143). San Francisco: Jossey Publishers.
- Shaw, G., & Coles, T. (2004). Disability, holiday making and the tourism industry in the UK: a preliminary survey. *Tourism Management*, 25(3), 397-403. doi: 10.1016/S0261-5177(03)00139-0
- Shriner, K. (2001). A disability studies perspective on employment issues and policies for disabled people: an international view. In G. Albrecht, Seelman, K., Bury, M. (Ed.), *Handbook of Disability Studies*. Thousand Oaks, USA: SAGE Publications.
- Silva, O. (2006). *Facilitadores e Inibidores da Decisão de Participação em Viagens de Lazer – O Caso do Sotavento Algarvio*. Master, University of Aveiro, Aveiro.
- Sims, R. (2009). Food, place and authenticity: local food and the sustainable tourism experience. [Article]. *Journal of Sustainable Tourism*, 17(3), 321-336. doi: 10.1080/09669580802359293
- Smith, R. W. (1987). Leisure of disable tourists: Barriers to participation. *Annals of Tourism Research*, 14(3), 376-389.
- Smith, V., & Hughes, H. (1999). Disadvantaged families and the meaning of the holiday. *International Journal of Tourism Research*, 1(3), 123-133.
- Sousa, I., Mendonça, H., Zanini, D., & Nazareno, E. (2009). Stress Ocupacional, Coping e Burnout. *Estudos*, 36(1/2), 57-74.
- Steiger, J. (1980). Tests for Comparing Elements of a Correlation Matrix. *Psychological Bulletin*, 87(2), 245-251.
- Stodolska, M., & Crawford, J. (2006). *New Hierarchical Model of Constraints at the Societal Level: An empirical exploration of constraints experienced by Kenyan athletes with disabilities*. . Paper presented at the 9th World Leisure Congress, Hangzhou, China.

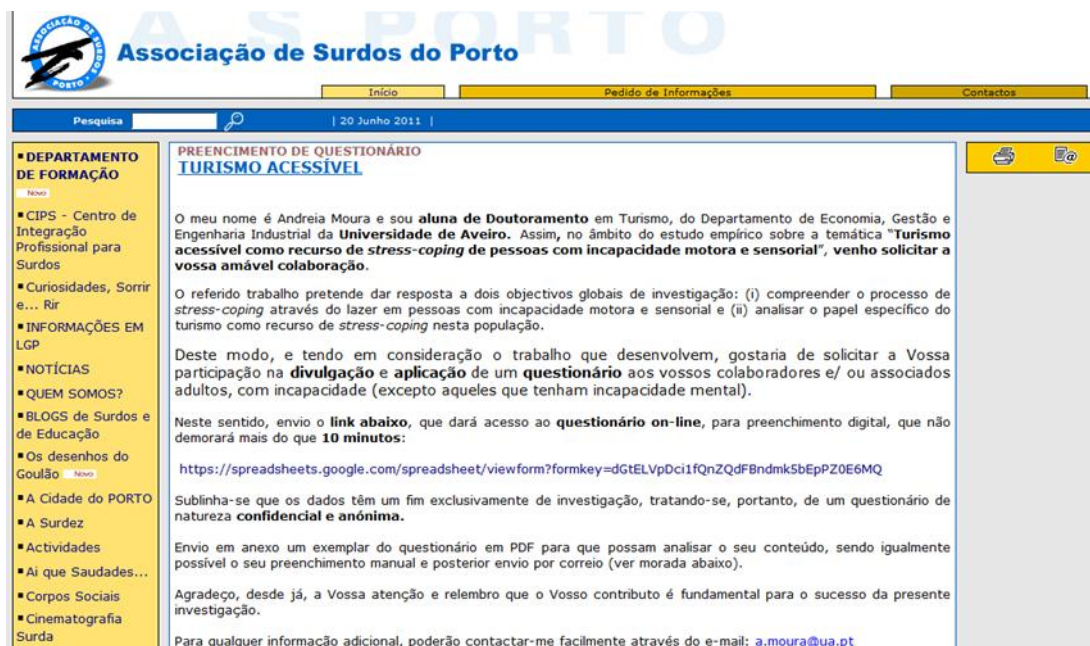
- Stone, A., Helder, L., & Scheinader, M. (1988). Coping with stressful events: coping dimensions and issues. In L. H. Cohen (Ed.), *Life events and Psychological functioning: Theoretical and methodological Issues* (pp. 182-210): Sage Publications.
- Szczygiel, A., & Piotrowicz, M. (1995). Leisure activities of people with special needs, their self-concept and social interactions *Progress in tourism of people with special needs* (pp. 280-289). Polónia: Studio Wydawnicze AGAT.
- TQ, T. Q.-. (2002). Disability Tourism. In <http://www.tq.com.au/research> (Ed.), *acedido em Novembro de 2009*.
- Trenberth, L. (2005). The role, nature and purpose of leisure and its contribution to individual development and well-being. *British Journal of Guidance & Counselling*, 33(1), 1-6.
- Trindade, M. N. (2004). A pessoa portadora de deficiência como turista. *Revista de Turismo e Desenvolvimento*, 1(1), 73-79.
- Turco, D., & Stumbo, N. (1998). Tourism constraints for people with disabilities. *Parks & Recreation*, 33(9), 78.
- Umbelino, J. (2014). Os valores do Território no Lazer e no Turismo. In C. Costa & F. C. Brandão, R.; Breda, Z. (Eds.), *Produtos e Competitividade no Turismo na Lusofonia* (Vol. 2, pp. 203-216). Lisboa: Escolar Editora.
- UNESCO. (1998). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Brasília: UNESCO - Brasil.
- United Nations, U. N. (1996). The Disability Dimension in Development Action: Manual on Inclusive Planning *Stakes*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health
- Van Horn, L. (2002). Travellers with Disabilities: Market Size and Trends Retrieved February 2010, from <http://ncpedp.org/access/isu-travel.htm>
- Vanner, E. A., Block, P., Christodoulou, C. C., Horowitz, B. P., & Krupp, M. D. (2008). Pilot study exploring quality of life and barriers to leisure-time physical activity in persons with moderate to severe multiple sclerosis. *Disability and Health Journal*, 1, 58-65.
- Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Edição de Autor.
- Veal, A. J. (2006). *Research Methods for Leisure and Tourism: a practical guide* (3 ed.). Harlow: Pearson Education Limited.
- Vieira, A. L. (2011). *Interactive LISREL in practice: Getting started with a SIMPLIS approach*. London: Springer.
- Walden, K. (2007). Stress Relief through Leisure and Complementary and Alternative Medicine. *Illuminare*, 8(1), 1-16.
- Wang, X. (2010). Social alternative compensation and stress coping: the mediating effect of tourism. *Journal of Business Economics*.

- Wijndaele, K., Matton, L., Duvigneaud, N., Lefevre, J., De Bourdeaudhuij, I., Duquet, W., . . . Philippaerts, R. M. (2007). Association between leisure time physical activity and stress, social support and coping: A cluster-analytical approach. *Psychology of Sport and Exercise*, 8(4), 425-440. doi: 10.1016/j.psychsport.2006.08.001
- Wilhite, B., & Shank, J. (2009). In praise of sport: Promoting sport participation as a mechanism of health among persons with a disability. *Disability and Health Journal*, 2, 116-127.
- Yau, M. K. S., McKercher, B., & Packer, T. L. (2004). Traveling with a disability - More than an access issue. *Annals of Tourism Research*, 31(4), 946-960. doi: 10.1016/j.annals.2004.03.007
- Yin, R. K. (2011). *Qualitative Research from Start to Finish*. New York: The Guilford Press.
- Zuzanek, J., Robinson, J. P., & Iwasaki, Y. (1998). The relationships between stress, health, and physically active leisure as a function of life-cycle. *Leisure Sciences*, 20(4), 253-275.

## ANEXOS

---

## ANEXO A – Publicações on-line do Questionário aplicado a Indivíduos com Incapacidade Motora e Sensorial, em sites de associações, blogs e fóruns de discussão subordinados à incapacidade



**Associação de Surdos do Porto**

Início Pedido de Informações Contactos

Pesquisa | 20 Junho 2011 |

**DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO**

- CIPS - Centro de Integração Profissional para Surdos
- Curiosidades, Sorrir e... Rir
- INFORMAÇÕES EM LGP
- NOTÍCIAS
- QUEM SOMOS?
- BLOGS de Surdos e de Educação
- Os desenhos do Goulão
- A Cidade do PORTO
- A Surdez
- Actividades
- Ai que Saudades...
- Corpos Sociais
- Cinematografia Surda

**PREENCHIMENTO DE QUESTIONÁRIO TURISMO ACESSÍVEL**

O meu nome é Andreia Moura e sou **aluna de Doutoramento** em Turismo, do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da **Universidade de Aveiro**. Assim, no âmbito do estudo empírico sobre a temática "**Turismo acessível como recurso de stress-coping de pessoas com incapacidade motora e sensorial**", venho solicitar a **vossa amável colaboração**.

O referido trabalho pretende dar resposta a dois objectivos globais de investigação: (i) compreender o processo de *stress-coping* através do lazer em pessoas com incapacidade motora e sensorial e (ii) analisar o papel específico do turismo como recurso de *stress-coping* nesta população.

Deste modo, e tendo em consideração o trabalho que desenvolvem, gostaria de solicitar a Vossa participação na **divulgação e aplicação** de um **questionário** aos vossos colaboradores e/ ou associados adultos, com incapacidade (excepto aqueles que tenham incapacidade mental).

Neste sentido, envio o **link abaixo**, que dará acesso ao **questionário on-line**, para preenchimento digital, que não demorará mais do que **10 minutos**:

<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dGtELVpDci1fQnZQdF8ndmk5bEpPZ0E6MQ>

Sublinha-se que os dados têm um fim exclusivamente de investigação, tratando-se, portanto, de um questionário de natureza **confidencial e anónima**.

Envio em anexo um exemplar do questionário em PDF para que possam analisar o seu conteúdo, sendo igualmente possível o seu preenchimento manual e posterior envio por correio (ver morada abaixo).

Agradeço, desde já, a Vossa atenção e relembro que o Vosso contributo é fundamental para o sucesso da presente investigação.

Para qualquer informação adicional, poderão contactar-me facilmente através do e-mail: [a.moura@ua.pt](mailto:a.moura@ua.pt)



**ANDDEMOT**

INÍCIO ANDDEMOT DOCUMENTOS PARA DOWNLOAD CONTACTOS ASSOCIADOS E CLUBES GALERIA

SEGUNDA, JUNHO 20, 2011

Pesquisar...

TAMANHO DE LETRA

**37353**  
Contador de Visitas

**ANDDEMOT NEWS**

- Newsletter nº 1 Janeiro 2011
- Newsletter nº 2 Fevereiro 2011
- Newsletter nº 3 Março 2011
- Newsletter Nº 4 Abril e Maio 2011

**NOTÍCIAS**

- Exposição - Portugal nos Jogos Paralímpicos

**"TURISMO ACESSÍVEL COMO RECURSO DE STRESS-COPING"**

"Turismo acessível como recurso de *stress-coping* (gestão do stress) de pessoas com incapacidade motora e sensorial"

Andreia Moura é **aluna de Doutoramento** em Turismo, do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da **Universidade de Aveiro**.

No âmbito do estudo empírico sobre a temática "**Turismo acessível como recurso de stress-coping (gestão do stress) de pessoas com incapacidade motora e sensorial**", **vem solicitar a vossa amável colaboração**.

O referido trabalho pretende dar resposta a dois objectivos globais de investigação: (i) compreender o processo de *stress-coping* (gestão do stress) através do lazer em pessoas com incapacidade motora e sensorial e (ii) analisar o papel específico do turismo como recurso de *stress-coping* (gestão do stress) nesta população.

O questionário poderá ser preenchido em **PDF** e enviado para os contactos da Andreia (morada abaixo) ou **digitalmente** (link abaixo), não demorará mais do que **10 minutos**.

**MODALIDADES DESPORTIVAS**

**Atletismo**

**Basquetebol**

Ir para as secções (Alt+1)    Publicar conteúdo    Iniciar sessão

# LERPARAVER

---

**Pesquisar no portal:**

[Página de entrada > Fóruns > Vida diária](#)

**Ataques de Pânico** Volte a dominar a sua vida Tratamento Inovador [www.clinicadavinci.com](#)

**Mestrado Turismo** Mestrados Executivos de Gestão ISCTE Business School [indieg.iscte.pt/gestao-turismo](#)

**DCLL - Diamantino Costa** Serviços de Contabilidade Consultoria e Gestão - desde 1980 [www.diamantinocosta.com](#)



## estudo empírico sobre a temática “Turismo acessível como recurso de stress-coping (gestão do stress) de pessoas com incapacidade

Submetido em Segunda, 20/06/2011 - 23:04 por Lerparaver

Com o tema: [Vida diária](#)   [Cultura e lazer](#)

**Divulgamos o seguinte pedido que nos fizeram chegar, colaborem!**

Exmos. Srs.,

O meu nome é Andreia Moura e sou aluna de Doutoramento em Turismo, do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro. Assim, no âmbito do estudo empírico sobre a temática "Turismo acessível como recurso de stress-coping (gestão do stress) de pessoas com incapacidade motora e sensorial", venho solicitar a vossa amável colaboração.

O referido trabalho pretende dar resposta a dois objectivos globais de investigação: (i) compreender o processo de stress-coping (gestão do stress) através do lazer em pessoas com incapacidade motora e sensorial e (ii) analisar o papel específico do turismo como recurso de stress-coping (gestão do stress) nesta população.

Deste modo, e tendo em consideração o trabalho que desenvolvem, gostaria de solicitar a vossa participação na divulgação e aplicação de um questionário aos colaboradores e/ ou associados adultos com incapacidade/ deficiência (excepto aqueles que tenham incapacidade/ deficiência mental).

Podem preencher o questionário on-line, que não demorará mais do que 10 minutos, no seguinte endereço:  
<https://spreadsheets.google.com/spreadsheet/viewform?formkey=dGtELvPdc1...>

**Secções**

- [Notícias](#)
- [Eventos](#)
- [Artigos interessantes](#)
- [Legislação Portuguesa](#)
- [Oftalmologias](#)
- [Fóruns de discussão](#)
- [Blogs pessoais](#)
- [A escrita a branco](#)
- [Orientação e mobilidade](#)
- [Directório](#)
- [Os nossos amigos](#)
- [Publicações sobre deficiência visual](#)
- [Página de informática](#)
- [Truques & dicas](#)
- [Downloads](#)
- [Área de currículos](#)


[Partilhar](#)
[Denunciar abuso](#)
[Blogue seguinte»](#)

[Criar blogue](#)
[Iniciar sessão](#)

# TETRAPLÉGICOS

SOU UM TETRAPLÉGICO A TUDO FAZER, PARA NÃO CENTRAR A MINHA LUTA EM TORNO DOS DIREITOS E BENEFÍCIOS RELACIONADOS COM A MINHA DEFICIÊNCIA, E SIM EM TORNO DA IGUALDADE DE OPORTUNIDADES PARA EXERCER OS MESMOS DIREITOS QUE QUALQUER OUTRO CIDADÃO.

[Página inicial](#)

## Acha que posso ajudar?

Todos os casos que me cheguem sobre injustiça e exclusão social grave, e eu não consiga ajudar a resolver pelas vias normais, prometo que irei presencialmente alajar-me em frente ao organismo responsável, até injustiça ser ultrapassada. Por isso, disponham à vontade. Mais, [aqui](#).

## Assuntos

- [Abrantes \(7\)](#)
- [Abuso de poder \(2\)](#)
- [acessibilidades \(24\)](#)
- [Acidentes de trabalho \(3\)](#)
- [Alguns apoios \(10\)](#)
- [Animais \(3\)](#)
- [Apoios a entidades \(1\)](#)
- [Apoios a entidades e ONG's \(1\)](#)
- [Arte \(7\)](#)
- [Açores \(1\)](#)
- [Bancos de Produtos de Apoio \(1\)](#)
- [Bexiga \(1\)](#)
- [Blogues sobre tetraplegia \(1\)](#)
- [Boa ideias \(1\)](#)
- [Boas ideias \(1\)](#)

Sexta-feira, 13 de Maio de 2011

## Questionário para pessoas com deficiência motora

Exmo(a) Senhor(a),

A pedido de Andreia Antunes Moura, aluna de Doutoramento em Turismo, do Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da Universidade de Aveiro, que está a desenvolver um estudo sobre "Turismo acessível como recurso de stress-coping de pessoas com incapacidade motora e sensorial" vimos por este meio solicitar a sua colaboração para responder a um questionário online, para preenchimento digital, que demora aproximadamente 10 minutos.

Este questionário destina-se exclusivamente a pessoas com deficiência motora.

Sublinha-se que os dados têm um fim exclusivamente de investigação, tratando-se, portanto, de um questionário de natureza confidencial e anónima.

Para preencher o questionário, [clique aqui](#).

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração.

Com os melhores cumprimentos,  
Associação Salvador

Para esclarecimento de dúvidas contactar:  
Andreia Antunes Moura

## ANEXO B – Guião de Focus Group aplicado aos grupos com Incapacidade Motora, Auditiva e Visual

### A. Comentários iniciais

- a. Dar as boas vindas e enumerar os objetivos do estudo, descrever os procedimentos do *focus group* e referir os princípios éticos adotados.

### B. Questão de abertura

- a. Solicitar a apresentação individual dos participantes.

### C. Questões introdutórias

O stress é uma temática muito actual, da qual se fala muito hoje em dia, já que muitas pessoas se sentem stressadas.

- a. Pensando na vossa vida diária, qual o significado de stress para cada um?
- b. [Como definem stress?]

### D. Questões transitórias

- a. O stress é um factor negativo na sua vida? Se sim, explique como.
- b. O stress é um factor positivo na sua vida? Se sim, de que forma.

#### Aprofundamento (Probe)

- c. [O que tem o stress ou que características apresenta que o torna bom/positivo ou mau/negativo?]

### E. Questões-chave

1. Quais são os aspectos/ factores que os deixam stressados? [Enumere 3 aspectos]

#### Aprofundamento (Probe)

- a) Diriam que é apenas um aspecto que vos causa stress ou diriam que se trata da soma de diferentes aspectos, em conjunto?
- b) Apresentam algum problema de saúde que contribua para se sentirem stressados? Podem falar-nos mais acerca disso?
- c) Para além das potenciais preocupações de saúde, existem outros factores adicionais contribuem para se sentirem stressados?
- d) O facto de possuírem uma incapacidade física/sensorial, contribui para se sentirem stressados? Se sim, descrevam como.

2. De que forma ou que coisas fazem ou utilizam para lidar com o stress?  
(Exemplos: ouvir música, fechar-se no quarto, sair de casa, praticar desporto, etc.)

#### Aprofundamento (Probe)

- a) De que forma lidam, habitualmente, com o stress na vossa vida?
- b) Qual o papel do lazer, se é que existe, na forma como lidam com o stress?
- c) Os vossos pensamentos alterar-se-iam, se estivessem a pensar em férias (sozinhos e/ou com outras pessoas)?

#### **F. Questões finais**

- a) Atendendo a tudo o que foi falado, o que é que consideram ser a maior causa de stress na vossa vida?
- b) Tendo em consideração todas as formas de lidar com o stress de que já falámos, quais consideram mais úteis ou eficazes na vossa vida?
- c) Existe mais alguma questão relacionada com o stress ou com as formas ou estratégias de lidar com o stress que não tenha sido falada, e da qual gostariam de falar antes de terminarmos?



## ANEXO C – Questionários aplicados aos indivíduos com Incapacidade Motora, Auditiva e Visual



### APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo, insere-se nos **trabalhos de doutoramento** de Andreia Moura, a decorrer no Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da **Universidade de Aveiro**, sobre a temática **"Turismo acessível como recurso de stress-coping de pessoas com incapacidade motora e sensorial"**. O referido trabalho pretende dar resposta a dois objectivos globais de investigação: (i) compreender o processo de *stress-coping* através do lazer em pessoas com incapacidade motora e sensorial e (ii) analisar o papel específico do turismo como recurso de *stress-coping* nesta população.

Assim, pedimos a sua colaboração através da **resposta às questões** que se apresentam, de forma espontânea e verdadeira, o que demorará cerca de **10 minutos**. Não há respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal, relativamente às suas últimas férias. No final, solicitamos também algumas informações sócio-demográficas que nos permitirão caracterizar os inquiridos, mas sublinha-se que os dados têm um fim exclusivamente de investigação, tratando-se, portanto, de um questionário de natureza **confidencial e anónima** e em momento nenhum será pedido que se identifique.

O seu contributo é fundamental para o sucesso da presente investigação.

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

[Para qualquer informação, não hesite em contactar-nos: [a.moura@ua.pt](mailto:a.moura@ua.pt) ou 966 666 306]

As seguintes questões destinam-se a avaliar as suas opiniões acerca do lazer em contexto da actividade turística, ou seja, **quando está de férias fora do seu local habitual de residência por um período superior a 24 horas**.

A. **Qual a actividade** que praticou mais marcante ou que lhe deu mais prazer durante as suas últimas férias, fora do seu local de residência? **[Deve escolher apenas 1 opção]**.

Actividade cultural (ida ao cinema, museu, exposição, etc.)	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Actividade desportiva (descida de rio, pesca, surf, ski, etc.)	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Actividade de natureza (passeio a pé, a cavalo, acampar, etc.)	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Actividade de sol e mar (fazer praia, passeio de barco, etc.)	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Actividade de saúde e bem-estar (ida às termas, SPA, massagens, etc.)	<input type="checkbox"/>	Qual? _____
Outra	<input type="checkbox"/>	Qual? _____

B. Classifique essa actividade segundo o **seu nível de satisfação**, sabendo que 1 significa "nada satisfeito" e 5 "muito satisfeito"

Nada satisfeito	Insatisfeito	Pouco Satisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
1	2	3	4	5

C. Assinale com um X, **há quanto tempo** realizou essa actividade?

Menos de 3 meses	Menos de 6 meses	Menos de 1 ano	Mais de 1 ano
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Recordando-se da **actividade turística mais marcante ou que lhe deu mais prazer que praticou durante as suas últimas férias fora do seu local de residência**, indicada anteriormente. Por favor, leia com atenção cada afirmação que se segue e indique em que medida concorda com cada uma delas. Assinale o número que melhor corresponde à sua resposta, segundo uma escala de pontuação de 1 a 5, em que **1 significa "não concordo"** e **5 significa "concordo muitíssimo"**.

**NOTA:** A designação "companheiros de lazer" diz respeito a pessoas com as quais costuma fazer férias.



	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. Os meus companheiros de lazer ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a	1	2	3	4	5
2. O lazer fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade	1	2	3	4	5
3. Os meus companheiros de lazer ajudam-me a decidir o que devo fazer	1	2	3	4	5
4. O meu envolvimento no lazer fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida	1	2	3	4	5
5. No lazer adquirei sentimentos de controlo pessoal	1	2	3	4	5
6. Sou eu que determino as minhas actividades de lazer	1	2	3	4	5
7. Os meus companheiros de lazer escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais	1	2	3	4	5
8. Para mim, o lazer é um meio para desenvolver amizades	1	2	3	4	5
9. As minhas actividades de lazer são escolhidas livremente	1	2	3	4	5
10. Os meus companheiros de lazer estimam-me muito	1	2	3	4	5
11. Aquilo que faço no lazer permite que me sinta bem comigo próprio/a	1	2	3	4	5
12. Quando eu preciso de algum objecto, os meus companheiros de lazer emprestam-me	1	2	3	4	5
13. O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com os problemas	1	2	3	4	5
14. Se eu preciso de ajuda extra para realizar certas tarefas, posso recorrer aos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
15. Nos meus tempos de lazer, sou capaz de exprimir abertamente quem sou	1	2	3	4	5
16. Os meus companheiros de lazer poderão, se eu precisar, emprestar-me dinheiro	1	2	3	4	5
17. Tenho dificuldade em decidir o que fazer nos tempos de lazer	1	2	3	4	5
18. Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades	1	2	3	4	5
19. As coisas que faço no tempo de lazer ajudam-me a ganhar confiança	1	2	3	4	5
20. Os meus companheiros de lazer dão-me, com frequência, informações úteis	1	2	3	4	5
21. Sou respeitado/a pelos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
22. Sinto-me constrangido/a nos tempos de lazer	1	2	3	4	5
23. Posso falar com os meus companheiros de lazer quando não tenho a certeza do que devo fazer	1	2	3	4	5
24. Sinto-me apreciado/a pelos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
25. Muitos dos meus companheiros de lazer ficam satisfeitos por tomar conta da minha casa (apartamento), das crianças ou dos animais domésticos quando eu estou fora	1	2	3	4	5
26. A minha participação no lazer fortalece o meu autoconceito	1	2	3	4	5
27. Sou eu próprio/a que decido o que fazer no meu tempo de lazer	1	2	3	4	5
28. Sinto-me emocionalmente apoiado/a pelos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
29. Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de lazer	1	2	3	4	5
30. As oportunidades para me exprimir no lazer fortalecem o meu autoconceito	1	2	3	4	5



E. Indique, com um X, quem são os seus “companheiros de lazer”:

Não tenho “companheiros de lazer”	Desconhecidos, que estabeleço amizade durante as férias	Amigos	Família
		Com incapacidade _____ Sem incapacidade _____	Quem? _____

F. As seguintes afirmações destinam-se a avaliar até que ponto o lazer, durante as férias, o ajuda a lidar com o stress na sua vida. Por favor, **recorde-se de acontecimentos que lhe provocaram stress antes de ir de férias** e da forma **como lidou com eles**. Leia, então, as afirmações e indique como concorda com cada uma delas, assinalando o número que melhor corresponde à sua resposta, sabendo que em que **1 significa “não concordo”** e **5 significa “concordo muitíssimo”**.

	Não concordo	Concordo pouco	Concordo moderadamente	Concordo muito	Concordo muitíssimo
1. O lazer fez com que me sentisse melhor	1	2	3	4	5
2. O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam	1	2	3	4	5
3. Envolvi-me numa actividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema	1	2	3	4	5
4. O escape através do lazer foi uma maneira de gerir o stress	1	2	3	4	5
5. Socializar através do lazer foi uma maneira de gerir o stress	1	2	3	4	5
6. O lazer fez-me ter sentimentos positivos	1	2	3	4	5
7. Lidei com o stress através dos momentos de lazer que passei com os meus amigos	1	2	3	4	5
8. Para mim, estar envolvido em lazer social foi uma estratégia para lidar com o stress	1	2	3	4	5
9. O lazer foi um meio importante para me manter ocupado/a	1	2	3	4	5
10. Eu mantive uma boa disposição nos tempos de lazer	1	2	3	4	5
11. O envolvimento no lazer permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas	1	2	3	4	5
12. O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o bom humor	1	2	3	4	5
13. O lazer fez-me sentir triste	1	2	3	4	5
14. Escapar dos problemas através do lazer permitiu-me enfrentá-los com energia renovada	1	2	3	4	5
15. A falta de companheirismo no lazer impediu-me de lidar com o stress	1	2	3	4	5
16. O lazer ajudou-me a gerir os sentimentos negativos	1	2	3	4	5
17. Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o stress	1	2	3	4	5
18. Uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em actividades de lazer social	1	2	3	4	5



G. Por fim, solicitam-se apenas alguns **dados sócio-demográficos**:

1. **Descrição da incapacidade**

- ☐ a) Auditiva – Grau Incapacidade: \_\_\_\_%
- ☐ b) Visual – Grau Incapacidade: \_\_\_\_%
- ☐ c) Motora – Grau Incapacidade: \_\_\_\_%
- ☐ d) Outra. Qual? \_\_\_\_\_  
Grau Incapacidade: \_\_\_\_%

2. **Grau de mobilidade**

- ☐ a) Muito reduzido
- ☐ b) Reduzido
- ☐ c) Pouco reduzido
- ☐ d) Sem problemas de mobilidade

2.1 Necessita de algum tipo de ajuda para se movimentar? ☐ Sim ☐ Não

2.2. **Se sim**, que tipo de ajuda necessita para facilitar a sua mobilidade:

- ☐ Cadeira de rodas manual
- ☐ Cadeira de rodas eléctrica
- ☐ Muletas/Canadianas
- ☐ Andarilho
- ☐ Cão de assistência
- ☐ Outra: \_\_\_\_\_

3. **Residência**

Concelho: \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

4. **Idade:** \_\_\_\_\_

5. **Sexo:** ☐ M ☐ F

6. **Estado Civil**

- ☐ a) Solteiro
- ☐ b) Casado
- ☐ c) Viúvo
- ☐ d) Divorciado/separado
- ☐ e) União de Facto
- ☐ f) Outro. Qual? \_\_\_\_\_

6.1 Tem **filhos**? ☐ Sim ☐ Não. Número de filhos? \_\_\_\_\_

7. **Habilitações literárias**

- ☐ a) Não sabe ler, nem escrever
- ☐ b) Saber ler e escrever, mas não frequentou a escola
- ☐ c) Ensino básico – 1º ciclo
- ☐ e) Ensino básico – 2º ciclo
- ☐ f) Ensino básico – 3º ciclo
- ☐ g) Ensino Secundário
- ☐ h) Ensino Superior

8. **Situação perante o trabalho**

- ☐ a) Doméstico/a
- ☐ b) Desempregado/a
- ☐ c) Estudante
- ☐ d) Reformado/a
- ☐ e) Procura 1º emprego
- ☐ f) Empregado/a
- ☐ g) Outra. Qual? \_\_\_\_\_

8.1 Se assinalou a resposta **f)**, indique a sua **profissão** \_\_\_\_\_

9. Por favor, indique o valor médio do seu **rendimento mensal líquido**:

- ☐ Inferior a 240€
- ☐ Entre 240 e 480€
- ☐ Entre 480 e 720€
- ☐ Entre 720 e 960€
- ☐ Entre 960 e 1200€
- ☐ Entre 1200 e 1440€
- ☐ Entre 1440 e 1680€
- ☐ Entre 1680 e 1920€
- ☐ Superior a 1920€

**NOTA:** Rendimento Mensal Líquido corresponde ao rendimento mensal depois da dedução do imposto sobre o rendimento, das contribuições obrigatórias dos empregados para regimes de segurança social e das contribuições dos empregadores para a segurança social (INE, 2008).

## ANEXO D – Questionários adaptados aos indivíduos com Incapacidade Visual, para preenchimento virtual

### APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo, insere-se nos **trabalhos de doutoramento** de Andreia Moura, a decorrer no Departamento de Economia, Gestão e Engenharia Industrial da **Universidade de Aveiro**, sobre a temática “**Turismo acessível como recurso de *stress-coping* de pessoas com incapacidade motora e sensorial**”. O referido trabalho pretende dar resposta a dois objectivos globais de investigação: (i) compreender o processo de *stress-coping* através do lazer em pessoas com incapacidade motora e sensorial e (ii) analisar o papel específico do turismo como recurso de *stress-coping* nesta população.

Assim, pedimos a sua colaboração através da **resposta às questões** que se apresentam, de forma espontânea e verdadeira, o que demorará cerca de **10 minutos**. Não há respostas certas ou erradas, pretendendo-se apenas a sua opinião pessoal, relativamente às suas últimas férias. No final, solicitamos também algumas informações sócio-demográficas que nos permitirão caracterizar os inquiridos, mas sublinha-se que os dados têm um fim exclusivamente de investigação, tratando-se, portanto, de um questionário de natureza **confidencial e anónima** e em momento nenhum será pedido que se identifique.

O seu contributo é fundamental para o sucesso da presente investigação.

**Muito obrigada pela sua colaboração!**

[Para qualquer informação, não hesite em contactar-nos: [a.moura@ua.pt](mailto:a.moura@ua.pt) ]

As seguintes questões destinam-se a avaliar as suas opiniões acerca do lazer em contexto da actividade turística, ou seja, **quando está de férias fora do seu local habitual de residência por um período superior a 24 horas**.

- A. **Qual a actividade** que praticou mais marcante ou que lhe deu mais prazer durante as suas últimas férias, fora do seu local de residência? **[Deve assinalar com um X apenas 1 opção, e digitar a actividade mais marcante das suas férias à frente]**.

1. Actividade cultural (ida ao cinema, museu, exposição, etc.): Qual? [Digite aqui a sua resposta]
2. Actividade desportiva (descida de rio, pesca, surf, ski, etc.) : Qual? [Digite aqui a sua resposta]
3. Actividade de natureza (passeio a pé, a cavalo, acampar, etc.) : Qual? [Digite aqui a sua resposta]
4. Actividade de sol e mar (fazer praia, passeio de barco, etc.) : Qual? [Digite aqui a sua resposta]
5. Actividade de saúde e bem-estar (ida às termas, SPA, massagens, etc.) : Qual? [Digite aqui a sua resposta]
6. Outra: Qual? [Digite aqui a sua resposta]

B. Classifique com um X, essa actividade segundo o **seu nível de satisfação**:

1. Nada satisfeito
2. Insatisfeito
3. Pouco satisfeito
4. Satisfeito
5. Muito satisfeito

C. Assinale com um X, **há quanto tempo** realizou essa actividade?

1. Menos de 3 meses
2. Menos de 6 meses
3. Menos de 1 ano
4. Mais de 1 ano

D. Recordando-se da **actividade turística mais marcante ou que lhe deu mais prazer que praticou durante as suas últimas férias fora do seu local de residência**, indicada anteriormente.

Por favor, leia com atenção cada afirmação que se segue e indique em que medida concorda com cada uma delas. Assinale o número que melhor corresponde à sua resposta, segundo uma escala de pontuação de 1 a 5, em que **1 significa “não concordo”, 2 significa “concordo pouco”, 3 significa “concordo moderadamente, 4 significa “concordo muito” e 5 significa “concordo muitíssimo”**.

**NOTA:** A designação “companheiros de lazer” diz respeito a pessoas com as quais costuma fazer férias.

1. Os meus companheiros de lazer ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
2. O lazer fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
3. Os meus companheiros de lazer ajudam-me a decidir o que devo fazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
4. O meu envolvimento no lazer fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
5. No lazer adquiero sentimentos de controlo pessoal - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
6. Sou eu que determino as minhas actividades de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
7. Os meus companheiros de lazer escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
8. Para mim, o lazer é um meio para desenvolver amizades - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
9. As minhas actividades de lazer são escolhidas livremente - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
10. Os meus companheiros de lazer estimam-me muito - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
11. Aquilo que faço no lazer permite que me sinta bem comigo próprio/a - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
12. Quando eu preciso de algum objecto, os meus companheiros de lazer emprestam-me - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
13. O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com os problemas - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
14. Se eu preciso de ajuda extra para realizar certas tarefas, posso recorrer aos meus companheiros de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]

15. Nos meus tempos de lazer, sou capaz de exprimir abertamente quem sou - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
16. Os meus companheiros de lazer poderão, se eu precisar, emprestar-me dinheiro - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
17. Tenho dificuldade em decidir o que fazer nos tempos de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
18. Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
19. As coisas que faço no tempo de lazer ajudam-me a ganhar confiança - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
20. Os meus companheiros de lazer dão-me, com frequência, informações úteis - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
21. Sou respeitado/a pelos meus companheiros de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
22. Sinto-me constrangido/a nos tempos de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
23. Posso falar com os meus companheiros de lazer quando não tenho a certeza do que devo fazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
24. Sinto-me apreciado/a pelos meus companheiros de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
25. Muitos dos meus companheiros de lazer ficam satisfeitos por tomar conta da minha casa (apartamento), das crianças ou dos animais domésticos quando eu estou fora - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
26. A minha participação no lazer fortalece o meu autoconceito - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
27. Sou eu próprio/a que decido o que fazer no meu tempo de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
28. Sinto-me emocionalmente apoiado/a pelos meus companheiros de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
29. Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
30. As oportunidades para me exprimir no lazer fortalecem o meu autoconceito - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]



E. Indique, com um X, **quem são os seus “companheiros de lazer”**:

1. Não tenho “companheiros de lazer”
  2. Desconhecidos que estabeleço amizade durante as férias
  3. Amigos com incapacidade
  4. Amigos sem incapacidade
  5. Família
  6. Se respondeu “família” anteriormente, quem são? Pais? Marido? Esposa? Filhos?
- [Digite aqui a sua resposta]

As seguintes afirmações destinam-se a avaliar até que ponto o lazer, durante as férias, o ajuda a lidar com o stress na sua vida. Por favor, **recorde-se de acontecimentos que lhe provocaram stress antes de ir de férias** e da forma **como lidou com eles**. Leia, então, as afirmações e indique como concorda com cada uma delas, assinalando o número que melhor corresponde à sua resposta, sabendo que **1 significa “não concordo”, 2 significa “concordo pouco”, 3 significa “concordo moderadamente, 4 significa “concordo muito” e 5 significa “concordo muitíssimo”**.

1. O lazer fez com que me sentisse melhor - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
2. O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
3. Envolvi-me numa actividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
4. O escape através do lazer foi uma maneira de gerir o stress - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
5. Socializar através do lazer foi uma maneira de gerir o stress - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
6. O lazer fez-me ter sentimentos positivos - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
7. Lidei com o stress através dos momentos de lazer que passei com os meus amigos - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
8. Para mim, estar envolvido em lazer social foi uma estratégia para lidar com o stress - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
9. O lazer foi um meio importante para me manter ocupado/a - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]

10. Eu mantive uma boa disposição nos tempos de lazer - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
11. O envolvimento no lazer permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
12. O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o bom humor - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
13. O lazer fez-me sentir triste - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
14. Escapar dos problemas através do lazer permitiu-me enfrentá-los com energia renovada - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
15. A falta de companheirismo no lazer impediu-me de lidar com o stress - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
16. O lazer ajudou-me a gerir os sentimentos negativos - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
17. Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o stress - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]
18. Uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em actividades de lazer social - [Digite aqui a sua opinião de 1 a 5]

F. Por fim, solicitam-se apenas alguns **dados sócio-demográficos**:

**Descrição da incapacidade**

1. Auditiva [Digite aqui o seu grau de incapacidade em percentagem]
2. Visual [Digite aqui o seu grau de incapacidade em percentagem]
3. Motora [Digite aqui o seu grau de incapacidade em percentagem]
4. Outra [Digite aqui o seu grau de incapacidade em percentagem]

**Grau de mobilidade**

1. Muito reduzido
2. Reduzido
3. Pouco reduzido
4. Sem problemas de mobilidade

**Necessita de algum tipo de ajuda para se movimentar?**

1. Sim
2. Não

**Se sim, que tipo de ajuda necessita para facilitar a sua mobilidade? Assinale com um X, a resposta correcta.**

1. Cadeira de rodas manual
2. Cadeira de rodas eléctrica
3. Muletas/ Canadianas
4. Andarilho
5. Cão de assistência
6. Outra: [Digite aqui a sua resposta]

**Residência**

Concelho: [Digite aqui a sua resposta]

Localidade: [Digite aqui a sua resposta]

**Idade:** [Digite aqui a sua resposta]

**Sexo**

1. Masculino
2. Feminino

**Estado Civil**

1. Solteiro
2. Casado
3. Viúvo
4. Divorciado ou Separado
5. União de Facto

**Tem filhos?**

1. Sim
2. Não

**Número de filhos?** [Digite aqui a sua resposta]

**Habilitações literárias**

1. Não sabe ler, nem escrever
2. Sabe ler e escrever, mas não frequentou a escola
3. Ensino básico, 1º ciclo
4. Ensino básico, 2º ciclo
5. Ensino básico, 3º ciclo
6. Ensino secundário
7. Ensino superior

**Situação perante o trabalho**

1. Doméstico/a
2. Desempregado/a
3. Estudante
4. Reformado/a
5. Procura 1º emprego
6. Empregado/a [Digite aqui a sua profissão]

**Por favor, indique com um X, o valor médio do seu rendimento mensal líquido:**

1. Inferior a 240€
2. Entre 240€ e 480€
3. Entre 480€ e 720€
4. Entre 720€ e 960€
5. Entre 960€ e 1200€
6. Entre 1200€ e 1440€
7. Entre 1440€ e 1680€
8. Entre 1680€ e 1920€
9. Superior a 1920€

**NOTA:** Rendimento Mensal Líquido corresponde ao rendimento mensal depois da dedução do imposto sobre o rendimento, das contribuições obrigatórias dos empregados para regimes de segurança social e das contribuições dos empregadores para a segurança social (INE, 2008).

**MUITO OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!**

ANEXO E – *Outputs* da Análise Fatorial Confirmatória: ECCL-TA

DATE: 12/28/2012  
TIME: 15:40

LISREL 8.80

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by  
Scientific Software International, Inc.  
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100  
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.  
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140  
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2006  
Use of this program is subject to the terms specified in the  
Universal Copyright Convention.  
Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\Users\Tinana\Desktop\Andreia\AFC\_ECCL\_Retific3.SPJ:

AFC\_ECCL\_Retific3  
Observed Variables  
eccl1 eccl2 eccl3 eccl4 eccl5 eccl7 eccl10 eccl11 eccl12 eccl14  
eccl15 eccl16 eccl18 eccl19 eccl20 eccl21 eccl23 eccl24 eccl25  
eccl26 eccl28 eccl29 eccl30  
Covariance Matrix from file 'C:\Users\Tinana\Desktop\Andreia\AFC\_ECCL\_Retific3.cm'  
Sample Size = 306  
Latent Variables emosup estsup tangaid infosup selfdet empow AMIZ DISPOS  
Relationships  
eccl7 = emosup  
eccl28 = emosup  
eccl29 = emosup  
eccl11 = estsup  
eccl10 = estsup  
eccl21 = estsup  
eccl24 = estsup  
eccl12 = tangaid  
eccl14 = tangaid  
eccl16 = tangaid  
eccl25 = tangaid  
eccl3 = infosup  
eccl18 = infosup  
eccl20 = infosup  
eccl23 = infosup  
eccl2 = selfdet  
eccl5 = selfdet  
eccl4 = empow  
eccl11 = empow  
eccl15 = empow  
eccl19 = empow  
eccl26 = empow  
eccl30 = empow  
emosup = AMIZ  
estsup = AMIZ  
tangaid = AMIZ  
infosup = AMIZ  
selfdet = DISPOS  
empow = DISPOS  
Path Diagram  
End of Problem

Sample Size = 306

AFC\_ECCL\_Retific3

Covariance Matrix

	eccl1	eccl2	eccl3	eccl4	eccl5	eccl7
eccl1	0.80					
eccl2	0.28	0.66				
eccl3	0.42	0.18	1.15			
eccl4	0.28	0.34	0.23	0.92		
eccl5	0.20	0.41	0.17	0.53	0.95	
eccl7	0.34	0.15	0.32	0.29	0.19	0.94
eccl10	0.40	0.22	0.23	0.20	0.14	0.40
eccl11	0.31	0.29	0.11	0.28	0.33	0.18
eccl12	0.38	0.20	0.29	0.23	0.15	0.38
eccl14	0.42	0.15	0.24	0.22	0.16	0.35
eccl15	0.25	0.28	0.21	0.30	0.30	0.28
eccl16	0.40	0.18	0.25	0.19	0.10	0.39
eccl18	0.30	0.11	0.27	0.22	0.14	0.43
eccl19	0.28	0.33	0.26	0.42	0.49	0.24
eccl20	0.27	0.12	0.30	0.22	0.19	0.42
eccl21	0.32	0.16	0.16	0.19	0.10	0.35
eccl23	0.38	0.18	0.27	0.21	0.13	0.39
eccl24	0.34	0.13	0.16	0.20	0.12	0.34
eccl25	0.26	0.09	0.26	0.14	0.03	0.30
eccl26	0.31	0.39	0.16	0.49	0.56	0.24
eccl28	0.45	0.14	0.36	0.19	0.15	0.47
eccl29	0.35	0.12	0.07	0.21	0.11	0.32
eccl30	0.30	0.40	0.22	0.44	0.52	0.25

Covariance Matrix

	eccl10	eccl11	eccl12	eccl14	eccl15	eccl16
eccl10	0.69					
eccl11	0.27	0.52				
eccl12	0.41	0.20	0.87			
eccl14	0.42	0.23	0.48	0.78		
eccl15	0.29	0.31	0.26	0.30	0.91	
eccl16	0.41	0.24	0.54	0.54	0.41	1.68
eccl18	0.36	0.19	0.40	0.45	0.26	0.49
eccl19	0.26	0.37	0.21	0.27	0.35	0.25
eccl20	0.40	0.20	0.35	0.39	0.26	0.38
eccl21	0.37	0.21	0.30	0.32	0.25	0.36
eccl23	0.36	0.18	0.48	0.45	0.29	0.52
eccl24	0.38	0.19	0.38	0.39	0.23	0.38
eccl25	0.33	0.13	0.40	0.34	0.21	0.61
eccl26	0.30	0.37	0.25	0.29	0.43	0.23
eccl28	0.45	0.26	0.44	0.45	0.24	0.43
eccl29	0.42	0.21	0.34	0.42	0.25	0.44
eccl30	0.28	0.34	0.22	0.24	0.41	0.24

Covariance Matrix

	eccl18	eccl19	eccl20	eccl21	eccl23	eccl24
eccl18	0.95					
eccl19	0.33	0.81				
eccl20	0.48	0.32	0.81			
eccl21	0.27	0.22	0.31	0.63		
eccl23	0.50	0.27	0.39	0.28	0.81	
eccl24	0.29	0.17	0.38	0.37	0.42	0.89

eccl25	0.36	0.18	0.35	0.30	0.34	0.35
eccl26	0.26	0.60	0.32	0.25	0.29	0.22
eccl28	0.43	0.27	0.48	0.45	0.43	0.47
eccl29	0.39	0.16	0.31	0.34	0.28	0.38
eccl30	0.31	0.58	0.37	0.25	0.30	0.25

## Covariance Matrix

	eccl25	eccl26	eccl28	eccl29	eccl30
eccl25	1.59				
eccl26	0.24	0.99			
eccl28	0.46	0.30	0.87		
eccl29	0.35	0.26	0.40	1.34	
eccl30	0.17	0.66	0.29	0.13	0.91

## AFC\_ECCL\_Retific3

Number of Iterations = 40

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

## Measurement Equations

eccl1 = 0.60\*estsup, Errorvar.= 0.44 , R<sup>2</sup> = 0.45  
 (0.039)  
 11.11

eccl2 = 0.54\*selfdet, Errorvar.= 0.37 , R<sup>2</sup> = 0.44  
 (0.036)  
 10.26

eccl3 = 0.44\*infosup, Errorvar.= 0.96 , R<sup>2</sup> = 0.17  
 (0.080)  
 11.97

eccl4 = 0.61\*empow, Errorvar.= 0.55 , R<sup>2</sup> = 0.41  
 (0.047)  
 11.50

eccl5 = 0.75\*selfdet, Errorvar.= 0.38 , R<sup>2</sup> = 0.60  
 (0.068) (0.049)  
 11.00 7.69

eccl7 = 0.62\*emosup, Errorvar.= 0.56 , R<sup>2</sup> = 0.40  
 (0.050)  
 11.24

eccl10 = 0.65\*estsup, Errorvar.= 0.27 , R<sup>2</sup> = 0.61  
 (0.054) (0.027)  
 12.02 9.83

eccl11 = 0.49\*empow, Errorvar.= 0.28 , R<sup>2</sup> = 0.47  
 (0.048) (0.025)  
 10.24 11.27

eccl12 = 0.68\*tangaid, Errorvar.= 0.40 , R<sup>2</sup> = 0.54  
 (0.040)  
 10.02

eccl14 = 0.70\*tangaid, Errorvar.= 0.28 , R<sup>2</sup> = 0.63  
 (0.054) (0.032)

13.00	8.75
eccl15 = 0.53*empow, Errorvar.= 0.63 , R² = 0.31	
(0.062)	(0.053)
8.66	11.79
eccl16 = 0.77*tangaid, Errorvar.= 1.10 , R² = 0.35	
(0.079)	(0.097)
9.68	11.33
eccl18 = 0.69*infosup, Errorvar.= 0.47 , R² = 0.50	
(0.10)	(0.046)
6.59	10.35
eccl19 = 0.72*empow, Errorvar.= 0.30 , R² = 0.63	
(0.062)	(0.029)
11.56	10.18
eccl20 = 0.65*infosup, Errorvar.= 0.38 , R² = 0.53	
(0.098)	(0.038)
6.64	10.12
eccl21 = 0.55*estsup, Errorvar.= 0.32 , R² = 0.49	
(0.051)	(0.030)
10.89	10.93
eccl23 = 0.67*infosup, Errorvar.= 0.37 , R² = 0.55	
(0.100)	(0.037)
6.68	9.89
eccl24 = 0.61*estsup, Errorvar.= 0.51 , R² = 0.42	
(0.060)	(0.045)
10.20	11.28
eccl25 = 0.58*tangaid, Errorvar.= 1.25 , R² = 0.21	
(0.077)	(0.11)
7.58	11.83
eccl26 = 0.81*empow, Errorvar.= 0.34 , R² = 0.66	
(0.069)	(0.034)
11.72	9.92
eccl28 = 0.73*emosup, Errorvar.= 0.33 , R² = 0.62	
(0.064)	(0.038)
11.48	8.71
eccl29 = 0.57*emosup, Errorvar.= 1.01 , R² = 0.25	
(0.073)	(0.084)
7.85	11.90
eccl30 = 0.77*empow, Errorvar.= 0.32 , R² = 0.65	
(0.066)	(0.032)
11.68	9.99

#### Structural Equations

emosup = 1.01*AMIZ, Errorvar.= -0.015 , R² = 1.02	
(0.084)	(0.051)
11.97	-0.30

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G : Error variance is negative.

estsup = 0.97*AMIZ, Errorvar.= 0.055 , R² = 0.94	
--	--



(0.078) (0.038)  
 12.44 1.44  
 tangaid = 0.91\*AMIZ, Errorvar. = 0.17 , R<sup>2</sup> = 0.83  
 (0.071) (0.049)  
 12.95 3.37  
 infosup = 0.92\*AMIZ, Errorvar. = 0.15 , R<sup>2</sup> = 0.85  
 (0.14) (0.061)  
 6.80 2.48  
 selfdet = 0.76\*DISPOS, Errorvar. = 0.42 , R<sup>2</sup> = 0.58  
 (0.088) (0.11)  
 8.64 3.67  
 empow = 1.21\*DISPOS, Errorvar. = -0.46 , R<sup>2</sup> = 1.46  
 (0.12) (0.18)  
 10.45 -2.51

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G : Error variance is negative.

#### Correlation Matrix of Independent Variables

	AMIZ	DISPOS
AMIZ	1.00	
DISPOS	0.49	1.00
	(0.05)	
	8.96	

#### Covariance Matrix of Latent Variables

	emosup	estsup	tangaid	infosup	selfdet	empow
emosup	1.00					
estsup	0.98	1.00				
tangaid	0.92	0.89	1.00			
infosup	0.93	0.89	0.84	1.00		
selfdet	0.38	0.36	0.34	0.34	1.00	
empow	0.60	0.57	0.54	0.54	0.92	1.00
AMIZ	1.01	0.97	0.91	0.92	0.37	0.59
DISPOS	0.49	0.48	0.45	0.45	0.76	1.21

#### Covariance Matrix of Latent Variables

	AMIZ	DISPOS
AMIZ	1.00	
DISPOS	0.49	1.00

W\_A\_R\_N\_I\_N\_G: Matrix above is not positive definite

#### Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 223  
 Minimum Fit Function Chi-Square = 482.68 (P = 0.0)  
 Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 477.49 (P = 0.0)  
 Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 254.49  
 90 Percent Confidence Interval for NCP = (195.39 ; 321.34)

Minimum Fit Function Value = 1.58  
 Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.83  
 90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.64 ; 1.05)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.061  
 90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.054 ; 0.069)  
 P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 0.0083

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 1.91  
 90 Percent Confidence Interval for ECVI = (1.72 ; 2.13)  
 ECVI for Saturated Model = 1.81  
 ECVI for Independence Model = 33.96

Chi-Square for Independence Model with 253 Degrees of Freedom = 10310.92  
 Independence AIC = 10356.92  
 Model AIC = 583.49  
 Saturated AIC = 552.00  
 Independence CAIC = 10465.56  
 Model CAIC = 833.84  
 Saturated CAIC = 1855.71

Normed Fit Index (NFI) = 0.95  
 Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.97  
 Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.84  
 Comparative Fit Index (CFI) = 0.97  
 Incremental Fit Index (IFI) = 0.97  
 Relative Fit Index (RFI) = 0.95

Critical N (CN) = 174.80

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.050  
 Standardized RMR = 0.054  
 Goodness of Fit Index (GFI) = 0.88  
 Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.85  
 Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.71

The Modification Indices Suggest to Add the

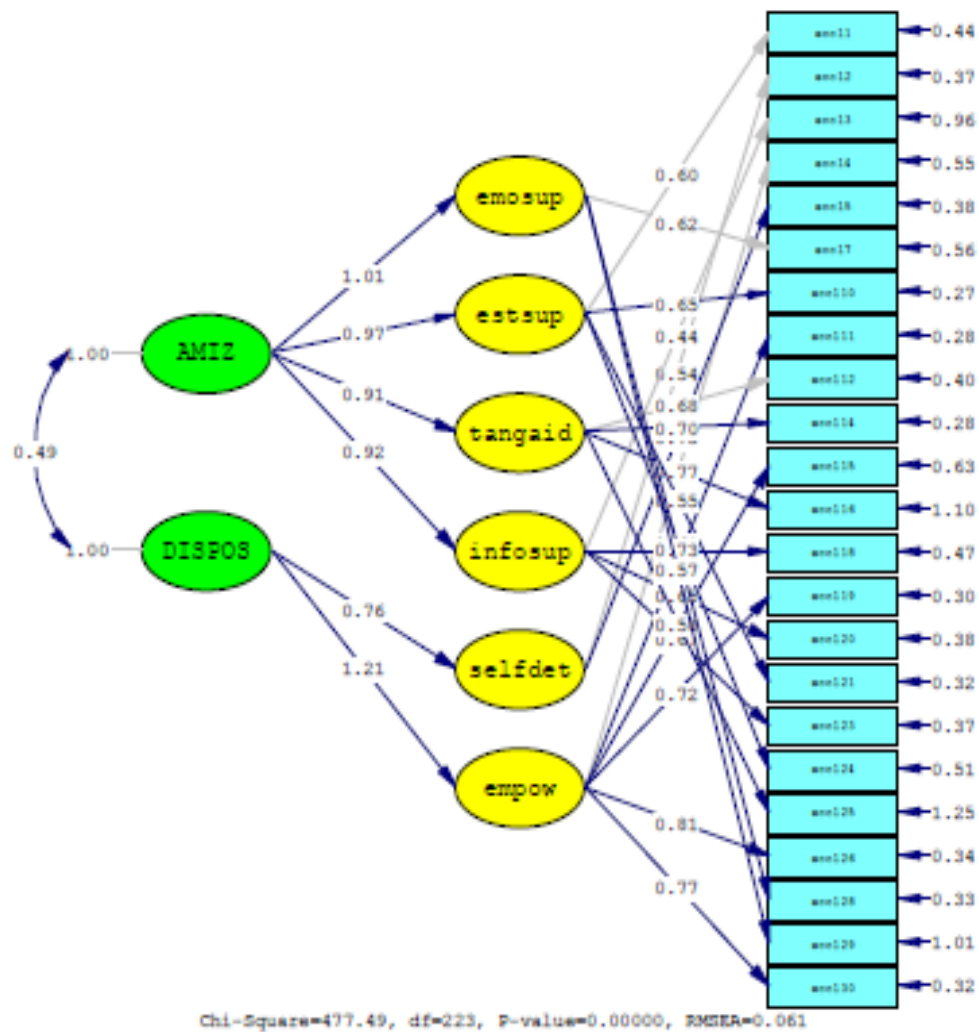
Path to	from	Decrease in Chi-Square	New Estimate
eccl1	selfdet	9.0	0.14
eccl11	estsup	9.5	0.13
eccl15	emosup	9.4	0.19
eccl15	estsup	8.9	0.19
eccl15	tangaid	11.7	0.21
eccl15	infosup	8.1	0.18
eccl15	selfdet	8.0	-0.54
eccl18	emosup	10.5	-0.93
eccl18	estsup	19.6	-1.02
eccl21	infosup	10.5	-0.50
eccl23	tangaid	15.7	0.55
emosup	estsup	13.8	2.54
estsup	emosup	13.8	-9.11
estsup	infosup	23.6	-1.11
tangaid	infosup	11.5	0.77
infosup	estsup	23.6	-3.06
infosup	tangaid	11.5	0.71

The Modification Indices Suggest to Add an Error Covariance

Between	and	Decrease in Chi-Square	New Estimate
estsup	emosup	13.8	0.14
infosup	estsup	23.6	-0.17
infosup	tangaid	11.5	0.12
eccl2	eccl1	11.7	0.09
eccl3	eccl1	26.0	0.20
eccl5	eccl4	19.4	0.14
eccl11	eccl1	12.3	0.08
eccl16	eccl15	8.2	0.14
eccl20	eccl1	15.4	-0.11
eccl20	eccl2	9.0	-0.07

ecc123	ecc112	10.6	0.09
ecc123	ecc120	9.6	-0.10
ecc128	ecc121	10.9	0.07
ecc129	ecc13	8.4	-0.17
ecc130	ecc120	9.1	0.07
ecc130	ecc129	8.0	-0.10

Time used: 0.156 Seconds



ANEXO F – *Outputs* da Análise Fatorial Confirmatória: EECL-TA

DATE: 12/28/2012  
TIME: 12:20

LISREL 8.80

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by  
Scientific Software International, Inc.  
7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100  
Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.  
Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140  
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2006  
Use of this program is subject to the terms specified in the  
Universal Copyright Convention.  
Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\Users\Tinana\Desktop\Andreia\AFC\_EECL\_Retific3.SPJ:

AFC\_EECL\_Retific3  
Análise fatorial confirmatória da escala EECL sem os itens 2, 12, 13 e 15  
Observed Variables  
eec11 eec13 eec14 eec15 eec16 eec17 eec18 eec19 eec110 eec111  
eec114 eec116 eec117 eec118  
Covariance Matrix from file 'C:\Users\Tinana\Desktop\Andreia\AFC\_EECL\_Retific3.cm'  
Sample Size = 306  
Latent Variables mood pallia compa EECL  
Relationships  
eec11 = mood  
eec16 = mood  
eec110 = mood  
eec116 = mood  
eec13 = pallia  
eec14 = pallia  
eec19 = pallia  
eec111 = pallia  
eec114 = pallia  
eec117 = pallia  
eec15 = compa  
eec17 = compa  
eec18 = compa  
eec118 = compa  
mood = EECL  
pallia = EECL  
compa = EECL  
Path Diagram  
End of Problem

Sample Size = 306

AFC\_EECL\_Retific3

Covariance Matrix

	eec11	eec13	eec14	eec15	eec16	eec17
eec11	0.57					
eec13	0.03	1.84				
eec14	0.29	0.79	1.39			

eecl5	0.29	0.68	1.09	1.40		
eecl6	0.37	0.27	0.40	0.46	0.78	
eecl7	0.20	0.53	0.70	0.74	0.38	1.22
eecl8	0.22	0.74	0.88	0.93	0.37	0.93
eecl9	0.17	0.59	0.49	0.53	0.36	0.50
eecl10	0.29	0.06	0.15	0.21	0.33	0.16
eecl11	0.26	0.46	0.51	0.52	0.42	0.32
eecl14	0.31	0.53	0.68	0.68	0.35	0.44
eecl16	0.32	0.26	0.56	0.63	0.38	0.42
eecl17	0.00	0.54	0.51	0.53	0.14	0.39
eecl18	0.24	0.74	0.82	0.93	0.44	0.68

## Covariance Matrix

	eecl8	eecl9	eecl10	eecl11	eecl14	eecl16
eecl8	1.52					
eecl9	0.71	1.42				
eecl10	0.15	0.21	0.62			
eecl11	0.48	0.50	0.27	1.22		
eecl14	0.57	0.40	0.14	0.50	1.42	
eecl16	0.59	0.56	0.25	0.70	0.60	1.41
eecl17	0.51	0.39	0.03	0.33	0.43	0.32
eecl18	0.85	0.56	0.19	0.47	0.66	0.60

## Covariance Matrix

	eecl17	eecl18
eecl17	1.62	
eecl18	0.72	1.51

## AFC\_EECL\_Retific3

Number of Iterations = 21

## LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

## Measurement Equations

$$eecl1 = 0.53 * mood, \text{Errorvar} = 0.29, R^2 = 0.48$$

(0.032)  
9.22

$$eecl3 = 0.76 * pallia, \text{Errorvar} = 1.26, R^2 = 0.31$$

(0.11)  
11.73

$$eecl4 = 0.98 * pallia, \text{Errorvar} = 0.43, R^2 = 0.69$$

(0.097)                      (0.049)  
10.13                      8.65

$$eecl5 = 1.02 * compa, \text{Errorvar} = 0.36, R^2 = 0.74$$

(0.042)  
8.66

$$eecl6 = 0.69 * mood, \text{Errorvar} = 0.31, R^2 = 0.61$$

(0.067)                      (0.042)  
10.34                      7.33

$$eecl7 = 0.76 * compa, \text{Errorvar} = 0.64, R^2 = 0.48$$

(0.056)                      (0.057)

13.60	11.21
eecl8 = 0.95*compa, Errorvar.= 0.61 , R² = 0.60	
(0.060)	(0.058)
15.99	10.48
eecl9 = 0.62*pallia, Errorvar.= 1.04 , R² = 0.27	
(0.083)	(0.088)
7.47	11.85
eecl10 = 0.46*mood, Errorvar.= 0.41 , R² = 0.34	
(0.054)	(0.038)
8.55	10.68
eecl11 = 0.56*pallia, Errorvar.= 0.90 , R² = 0.26	
(0.076)	(0.076)
7.38	11.87
eecl14 = 0.69*pallia, Errorvar.= 0.94 , R² = 0.34	
(0.085)	(0.081)
8.12	11.65
eecl16 = 0.64*mood, Errorvar.= 1.00 , R² = 0.29	
(0.080)	(0.091)
7.98	11.04
eecl17 = 0.56*pallia, Errorvar.= 1.31 , R² = 0.20	
(0.085)	(0.11)
6.60	12.02
eecl18 = 0.91*compa, Errorvar.= 0.68 , R² = 0.55	
(0.061)	(0.063)
15.04	10.82

#### Structural Equations

mood = 0.63*EECL, Errorvar.= 0.60 , R² = 0.40	
(0.074)	(0.11)
8.49	5.62
pallia = 1.00*EECL, Errorvar.= 0.0026, R² = 1.00	
(0.10)	(0.064)
9.78	0.040
compa = 0.98*EECL, Errorvar.= 0.041 , R² = 0.96	
(0.061)	(0.059)
15.93	0.69

#### Correlation Matrix of Independent Variables

EECL

-----  
1.00

#### Covariance Matrix of Latent Variables

	mood	pallia	compa	EECL
mood	1.00			
pallia	0.63	1.00		
compa	0.62	0.98	1.00	
EECL	0.63	1.00	0.98	1.00

## Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 74

Minimum Fit Function Chi-Square = 337.38 (P = 0.0)

Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 319.74 (P = 0.0)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 245.74

90 Percent Confidence Interval for NCP = (194.15 ; 304.88)

Minimum Fit Function Value = 1.11

Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.81

90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.64 ; 1.00)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.10

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.093 ; 0.12)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA &lt; 0.05) = 0.00

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 1.25

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (1.08 ; 1.45)

ECVI for Saturated Model = 0.69

ECVI for Independence Model = 13.56

Chi-Square for Independence Model with 91 Degrees of Freedom = 4108.92

Independence AIC = 4136.92

Model AIC = 381.74

Saturated AIC = 210.00

Independence CAIC = 4203.05

Model CAIC = 528.17

Saturated CAIC = 705.98

Normed Fit Index (NFI) = 0.92

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.92

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.75

Comparative Fit Index (CFI) = 0.93

Incremental Fit Index (IFI) = 0.93

Relative Fit Index (RFI) = 0.90

Critical N (CN) = 96.11

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.11

Standardized RMR = 0.085

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.87

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.82

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.61

## The Modification Indices Suggest to Add the

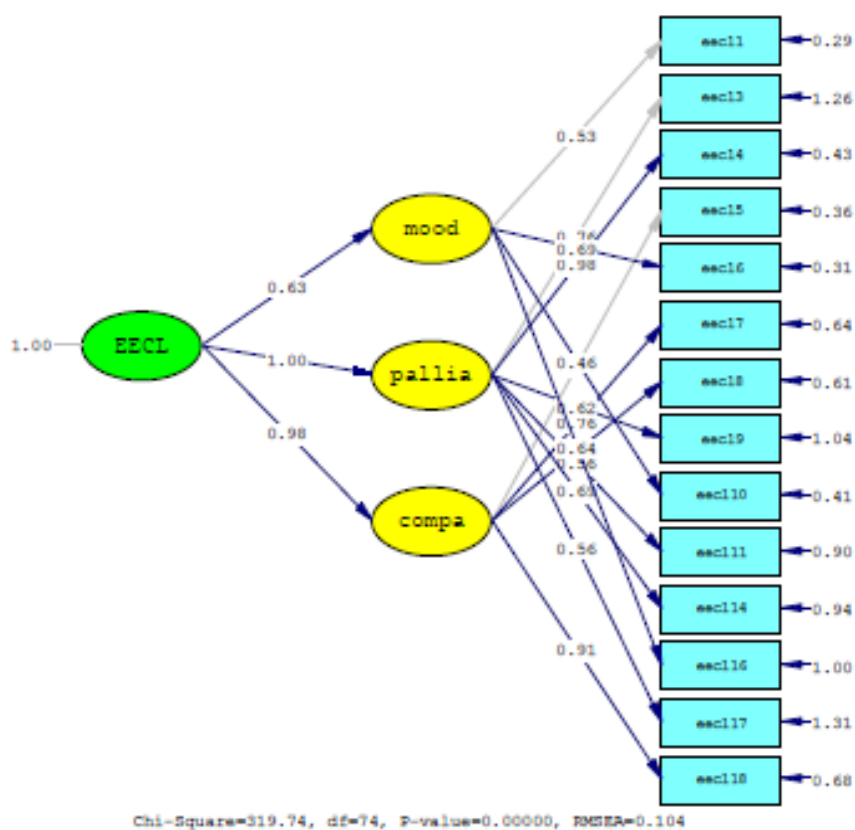
Path to	from	Decrease in Chi-Square	New Estimate
eecl1	pallia	8.5	-0.18
eecl1	compa	8.6	-0.18
eecl3	mood	14.7	-0.42
eecl4	compa	20.6	5.37
eecl5	pallia	14.2	3.52
eecl7	pallia	8.4	-2.33
eecl10	pallia	13.5	-0.23
eecl10	compa	13.0	-0.22
eecl11	mood	32.1	0.52
eecl11	compa	13.8	-3.35
eecl16	pallia	36.2	0.57
eecl16	compa	34.6	0.55
eecl17	mood	10.9	-0.36

## The Modification Indices Suggest to Add an Error Covariance

Between	and	Decrease in Chi-Square	New Estimate
eecl3	eecl1	12.7	-0.14

eecl5	eecl4	53.9	0.26
eecl8	eecl7	42.5	0.27
eecl9	eecl4	14.5	-0.18
eecl9	eecl5	9.7	-0.14
eecl9	eecl8	11.4	0.17
eecl10	eecl1	10.1	0.09
eecl11	eecl9	8.6	0.17
eecl16	eecl6	8.9	-0.15
eecl16	eecl11	21.7	0.27
eecl18	eecl17	18.2	0.25

Time used: 0.031 Seconds





## ANEXO G – Tabelas da análise de correlação entre a ECCL-TA, as suas subdimensões, e os seus respetivos itens de medição

**Tabela 44** - Correlação entre itens da subdimensão Autodeterminação da ECCL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		Autodeterminação	eccl5	eccl2
<b>p</b>	<b>Autodeterminação</b>	1,000	,885**	,820**
	<b>eccl5</b>	,885**	1,000	,489**
	<b>eccl2</b>	,820**	,489**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)				

**Tabela 45** - Correlação entre itens da subdimensão *Empowerment* da ECCL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		<i>Empowerment</i>	eccl4	eccl11	eccl15	eccl19	eccl26	eccl30
<b>p</b>	<b><i>Empowerment</i></b>	1,000	,723**	,684**	,693**	,811**	,834**	,804**
	<b>eccl4</b>	,723**	1,000	,396**	,373**	,487**	,538**	,497**
	<b>eccl11</b>	,684**	,396**	1,000	,490**	,532**	,510**	,473**
	<b>eccl15</b>	,693**	,373**	,490**	1,000	,444**	,464**	,461**
	<b>eccl19</b>	,811**	,487**	,532**	,444**	1,000	,653**	,645**
	<b>eccl26</b>	,834**	,538**	,510**	,464**	,653**	1,000	,682**
	<b>eccl30</b>	,804**	,497**	,473**	,461**	,645**	,682**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)								

**Tabela 46** - Correlação entre itens da subdimensão Suporte Emocional da ECCL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		Suporte Emocional	eccl7	eccl28	eccl29
<b>p</b>	<b>Suporte Emocional</b>	1,000	,722**	,620**	,173**
	<b>eccl7</b>	,722**	1,000	,565**	-,338**
	<b>eccl28</b>	,620**	,565**	1,000	-,453**
	<b>eccl29</b>	,173**	-,338**	-,453**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)					

**Tabela 47** - Correlação entre itens da subdimensão Autoestima da ECCL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		Autoestima	eccl1	eccl10	eccl21	eccl24
<b>p</b>	<b>Autoestima</b>	1,000	,770**	,792**	,746**	,813**
	<b>eccl1</b>	,770**	1,000	,526**	,460**	,460**
	<b>eccl10</b>	,792**	,526**	1,000	,516**	,523**
	<b>eccl21</b>	,746**	,460**	,516**	1,000	,520**
	<b>eccl24</b>	,813**	,460**	,523**	,520**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)						

**Tabela 48** - Correlação entre itens da subdimensão Ajuda Tangível da ECCL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		Ajuda Tangível	eccl12	eccl14	eccl16	eccl25
<b>p</b>	<b>Ajuda Tangível</b>	1,000	,746**	,717**	,818**	,695**
	<b>eccl12</b>	,746**	1,000	,616**	,471**	,342**
	<b>eccl14</b>	,717**	,616**	1,000	,490**	,287**
	<b>eccl16</b>	,818**	,471**	,490**	1,000	,381**
	<b>eccl25</b>	,695**	,342**	,287**	,381**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)						

**Tabela 49** - Correlação entre itens da subdimensão Suporte Informativo da ECCL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		Suporte Informativo	eccl3	eccl18	eccl20	eccl23
<b>p</b>	<b>Suporte Informativo</b>	1,000	,630**	,772**	,755**	,777**
	<b>eccl3</b>	,630**	1,000	,238**	,315**	,278**
	<b>eccl18</b>	,772**	,238**	1,000	,525**	,588**
	<b>eccl20</b>	,755**	,315**	,525**	1,000	,492**
	<b>eccl23</b>	,777**	,278**	,588**	,492**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)						

## ANEXO H – Tabelas da análise de correlação entre a EECL-TA, as suas dimensões, e os seus respetivos itens de medição

**Tabela 50** - Correlação entre itens da dimensão Companheirismo da EECL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		Companheirismo	eecl5	eecl7	eecl8	eecl18
<b>p</b>	<b>Companheirismo</b>	1,000	,834**	,819**	,873**	,801**
	<b>eecl5</b>	,834**	1,000	,574**	,634**	,633**
	<b>eecl7</b>	,819**	,574**	1,000	,702**	,507**
	<b>eecl8</b>	,873**	,634**	,702**	1,000	,561**
	<b>eecl18</b>	,801**	,633**	,507**	,561**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)						

**Tabela 51** - Correlação entre itens da dimensão Estratégia Paliativa da EECL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		Estratégia Paliativa	eecl3	eecl4	eecl9	eecl11	eecl14	eecl17
<b>p</b>	<b>Estratégia Paliativa</b>	1,000	,710**	,733**	,635**	,624**	,651**	,579**
	<b>eecl3</b>	,710**	1,000	,480**	,343**	,293**	,330**	,307**
	<b>eecl4</b>	,733**	,480**	1,000	,344**	,400**	,479**	,289**
	<b>eecl9</b>	,635**	,343**	,344**	1,000	,387**	,302**	,239**
	<b>eecl11</b>	,624**	,293**	,400**	,387**	1,000	,386**	,214**
	<b>eecl14</b>	,651**	,330**	,479**	,302**	,386**	1,000	,249**
	<b>eecl17</b>	,579**	,307**	,289**	,239**	,214**	,249**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)								

**Tabela 52** - Correlação entre itens da dimensão Humor Positivo da EECL-TA

Coeficiente de <i>Spearman</i>		Humor Positivo	eecl1	eecl6	eecl10	eecl16
<b><math>\rho</math></b>	<b>Humor Positivo</b>	1,000	,723**	,764**	,665**	,810**
	<b>eecl1</b>	,723**	1,000	,540**	,473**	,400**
	<b>eecl6</b>	,764**	,540**	1,000	,485**	,436**
	<b>eecl10</b>	,665**	,473**	,485**	1,000	,324**
	<b>eecl16</b>	,810**	,400**	,436**	,324**	1,000
Legenda: ** A correlação é significativa ao nível de 0.01 (2-tailed)						

## ANEXO I – Tabelas da análise bivariada da ECCL-TA com resultados sem significância

**Tabela 53** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Género” e as dimensões e subdimensões da ECCL-TA

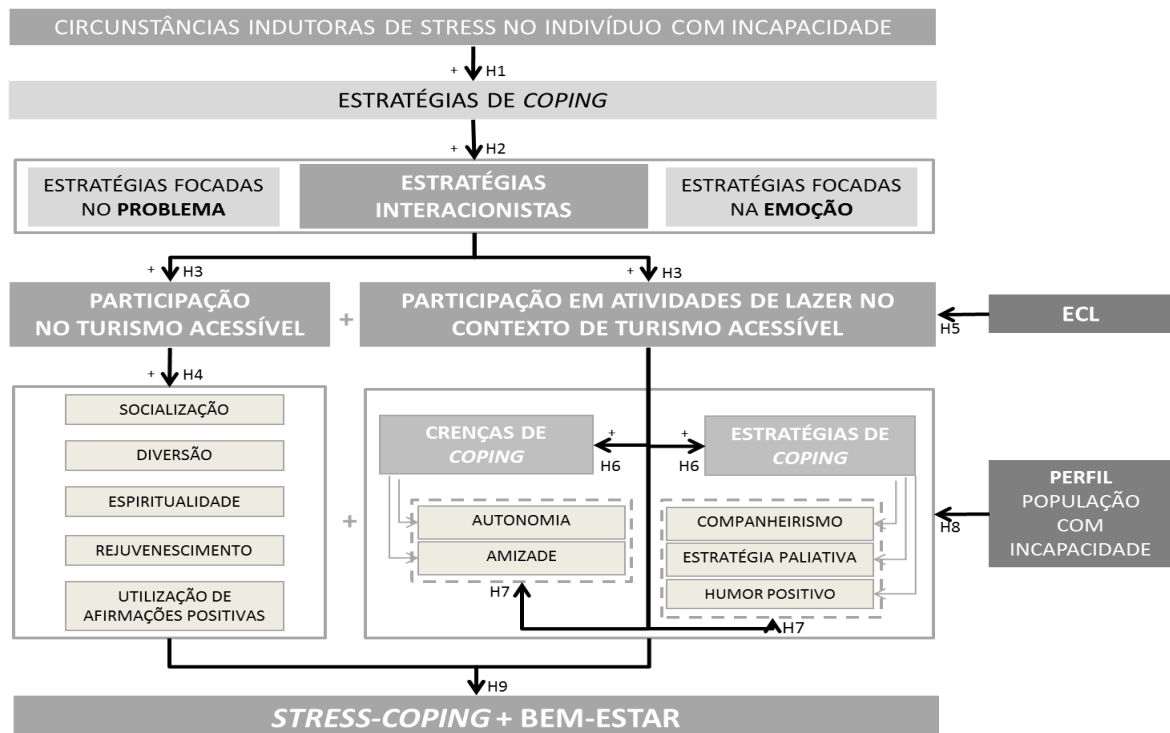
			AUTONOMIA		AMIZADE				
			ECCL-TA	Autodeterminação	Empowerment	Suporte Emocional	Autoestima	Ajuda Tangível	Suporte Informativo
Teste de <i>Mann Whitney (U)</i>			11329,00	10504,00	11011,00	10740,00	11117,00	10872,00	11039,00
Teste de <i>Wilcoxon (W)</i>			26207,00	19415,00	19922,00	25618,00	20028,00	25750,00	25917,00
<i>p-value</i>			0,89	0,21	0,58	0,35	0,67	0,46	0,60
Média do Nível de Concordância (Desvio Padrão)	Gênero	Masculino	3,85	4,15	4,00	3,24	4,25	3,66	3,72
			(0,51)	(0,79)	(0,69)	(0,52)	(0,65)	(0,80)	(0,70)
		Feminino	3,85	4,04	3,96	3,31	4,22	3,69	3,77
			(0,56)	(0,76)	(0,72)	(0,54)	(0,70)	(0,85)	(0,73)

**Tabela 54** - Resultados dos testes efetuados para verificar a relação entre a variável “Habilitações Literárias” com as dimensões e subdimensões da ECCL-TA

			AUTONOMIA		AMIZADE				
			ECCL-TA	Autodeterminação	Empowerment	Suporte Emocional	Autoestima	Ajuda Tangível	Suporte Informativo
Teste de <i>Kruskal Wallis</i>			4,93	10,25	8,89	1,39	3,77	7,02	5,49
<i>p-value</i>			0,55	0,12	0,18	0,97	0,71	0,32	0,48
Média do Nível de Concordância (Desvio Padrão)	Habilidades Literárias	Não sabe ler, nem escrever	4,09	4,25	4,17	3,25	4,63	3,97	4,09
			(0,51)	(0,60)	(0,50)	(0,58)	(0,38)	(0,67)	(0,73)
		Ensino Básico – 1º Ciclo (4ª classe)	3,96	4,27	4,22	3,31	4,28	3,72	3,85
			(0,58)	(0,80)	(0,73)	(0,66)	(0,60)	(0,88)	(0,75)
		Ensino Básico – 2º Ciclo (7º ano)	3,61	4,11	3,74	3,40	4,05	3,14	3,36
			(0,66)	(0,71)	(0,89)	(0,59)	(0,99)	(0,83)	(1,07)
		Ensino Básico – 3º Ciclo (9º ano)	3,96	4,37	4,20	3,31	4,30	3,72	3,80
			(0,57)	(0,59)	(0,54)	(0,55)	(0,66)	(0,96)	(0,81)
		Ensino Secundário	3,87	4,20	4,05	3,29	4,21	3,65	3,73
			(0,50)	(0,67)	(0,62)	(0,53)	(0,67)	(0,84)	(0,72)
		Ensino Superior	3,80	3,91	3,87	3,25	4,24	3,71	3,74
			(0,53)	(0,89)	(0,77)	(0,54)	(0,66)	(0,76)	(0,61)

## ANEXO J – Auxiliar de Leitura Destacável: Modelo Conceptual, Hipóteses de Investigação e ECL-TA

### Modelo Conceptual



### Hipóteses de Investigação

- H1** - As circunstâncias indutoras de stress no indivíduo com incapacidade motora e sensorial influenciam positivamente a procura ativa de estratégias de *coping*;
- H2** - O indivíduo com incapacidade motora e sensorial recorre com maior frequência a estratégias de *coping* interacionistas, em detrimento de outras estratégias de *coping* focadas na emoção ou no problema;
- H3** - O turismo acessível é um dos recursos de *coping* mais referenciados pelos sujeitos com incapacidade motora e sensorial;
- H4** - A participação de pessoas com incapacidade motora e sensorial no turismo acessível tem implicações positivas na socialização, diversão, espiritualidade, rejuvenescimento e utilização de afirmações positivas;
- H5** - As Escalas de *Coping* através do Lazer (ECL) adequam-se a uma população com incapacidade motora e sensorial, no contexto do turismo acessível;
- H6** - A participação no turismo acessível tem um efeito positivo no *coping* de pessoas com incapacidade motora e sensorial, não só através das crenças, como através das estratégias desenvolvidas;
- H7** - A participação no turismo acessível potencia positivamente várias dimensões biopsicossociais do indivíduo com incapacidade motora e sensorial;
- H8** - As crenças e estratégias de *coping* através do lazer variam consoante o tipo de incapacidade e o perfil sociodemográfico e económico dos indivíduos;
- H9** - O stress-*coping* reequilibra e harmoniza os recursos da população com incapacidade motora e sensorial, influenciando positivamente o seu bem-estar global.

**ECCL-TA: Escala de Crenças de Coping através do Lazer em Contexto de Turismo Acessível**

ECCL				ECCL-TA	
		Nº	Item	Nº	Item
AUTONOMIA	Autodeterminação	eccl2	O lazer fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade	eccl2	O turismo fornece oportunidades para reencontrar um sentido de liberdade
		eccl5	No lazer adquiro sentimentos de controlo pessoal	eccl5	No turismo adquiro sentimentos de controlo pessoal
		eccl6	Sou eu que determino as minhas actividades de lazer	-----	-----
		eccl9	As minhas actividades de lazer são escolhidas livremente	-----	-----
		eccl17	Tenho dificuldade em decidir o que fazer nos tempos de lazer	-----	-----
		eccl22	Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades	-----	-----
		eccl27	Sou eu próprio/a que decido o que fazer no meu tempo de lazer	-----	-----
	Empowerment	eccl4	O meu envolvimento no lazer fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida	eccl4	O meu envolvimento no turismo fortalece a minha capacidade para gerir problemas na vida
		eccl11	Aquilo que faço no lazer permite que me sinta bem comigo próprio/a	eccl11	Aquilo que faço no turismo permite que me sinta bem comigo próprio/a
		eccl13	O lazer contribui pouco para me ajudar a lidar com os problemas	-----	-----
		eccl15	Nos meus tempos de lazer, sou capaz de exprimir abertamente quem sou	eccl15	Em contexto de turismo, sou capaz de exprimir abertamente quem sou
		eccl19	As coisas que faço no tempo de lazer ajudam-me a ganhar confiança	eccl19	As coisas que faço no turismo ajudam-me a ganhar confiança
		eccl26	A minha participação no lazer fortalece o meu autoconceito	eccl26	A minha participação no turismo fortalece o meu autoconceito
		eccl30	As oportunidades para me exprimir no lazer fortalecem o meu autoconceito	eccl30	As oportunidades para me exprimir no turismo fortalecem o meu autoconceito



**ECCL-TA: Escala de Crenças de *Coping* através do Lazer em Contexto de Turismo Acessível**  
(continuação)

ECCL				ECCL-TA	
		Nº	Item	Nº	Item
AMIZADE	Suporte Emocional	eccl17	Os meus companheiros de lazer escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais	eccl17	Os meus companheiros de turismo escutam quando falo dos meus sentimentos pessoais
		eccl18	Para mim, o lazer é um meio para desenvolver amizades	-----	-----
		eccl28	Sinto-me emocionalmente apoiado/a pelos meus companheiros de lazer	eccl28	Sinto-me emocionalmente apoiado/a pelos meus companheiros de turismo
		eccl29	Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de lazer	eccl29	Falta-me o apoio emocional dos meus companheiros de turismo
	Autoestima	eccl1	Os meus companheiros de lazer ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a	eccl1	Os meus companheiros de turismo ajudam-me a sentir bem comigo próprio/a
		eccl10	Os meus companheiros de lazer estimam-me muito	eccl10	Os meus companheiros de turismo estimam-me muito
		eccl21	Sou respeitado/a pelos meus companheiros de lazer	eccl21	Sou respeitado/a pelos meus companheiros de turismo
		eccl24	Sinto-me apreciado/a pelos meus companheiros de lazer	eccl24	Sinto-me apreciado/a pelos meus companheiros de turismo
	Ajuda Tangível	eccl12	Quando eu preciso de algum objecto, os meus companheiros de lazer emprestam-me	eccl12	Quando eu preciso de algum objecto, os meus companheiros de turismo emprestam-me
		eccl14	Se eu preciso de ajuda extra para realizar certas tarefas, posso recorrer aos meus companheiros de lazer	eccl14	Se eu preciso de ajuda extra para realizar certas tarefas, posso recorrer aos meus companheiros de turismo
		eccl16	Os meus companheiros de lazer poderão, se eu precisar, emprestar-me dinheiro	eccl16	Os meus companheiros de turismo poderão, se eu precisar, emprestar-me dinheiro
		eccl25	Muitos dos meus companheiros de lazer ficam satisfeitos por tomar conta da minha casa (apartamento), das crianças ou dos animais domésticos quando eu estou fora	eccl25	Muitos dos meus companheiros de turismo ficam satisfeitos por tomar conta da minha casa (apartamento), das crianças ou dos animais domésticos quando eu estou fora
	Suporte Informativo	eccl3	Os meus companheiros de lazer ajudam-me a decidir o que devo fazer	eccl3	Os meus companheiros de turismo ajudam-me a decidir o que devo fazer
		eccl18	Os meus companheiros de lazer dão-me conselhos quando estou com dificuldades	eccl18	Os meus companheiros de turismo dão-me conselhos quando estou com dificuldades
		eccl20	Os meus companheiros de lazer dão-me, com frequência, informações úteis	eccl20	Os meus companheiros de turismo dão-me, com frequência, informações úteis
		eccl23	Posso falar com os meus companheiros de lazer quando não tenho a certeza do que devo fazer	eccl23	Posso falar com os meus companheiros de turismo quando não tenho a certeza do que devo fazer

**EECL-TA: Escala de Estratégias de *Coping* através do Lazer em Contexto de Turismo Acessível**

EECL			EECL-TA	
	Nº	Item	Nº	Item
Companheirismo	eecl2	O lazer permitiu que estivesse na companhia de amigos que me apoiam	-----	-----
	eecl5	Socializar através do lazer foi uma maneira de gerir o stress	eecl5	Socializar através do turismo foi uma maneira de gerir o stress
	eecl7	Lidei com o stress através dos momentos de lazer que passei com os meus amigos	eecl7	Lidei com o stress através dos momentos em contexto de turismo que passei com os meus amigos
	eecl8	Para mim, estar envolvido em lazer social foi uma estratégia para lidar com o stress	eecl8	Para mim, estar envolvido no turismo social foi uma estratégia para lidar com o stress
	eecl15	A falta de companheirismo no lazer impediu-me de lidar com o stress	-----	-----
	eecl18	Uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em actividades de lazer social	eecl18	Uma das minhas estratégias para lidar com o stress foi a participação em actividades turísticas sociais
Estratégia Paliativa	eecl3	Envolvi-me numa atividade de lazer para me livrar temporariamente de um problema	eecl3	Envolvi-me numa atividade turística para me livrar temporariamente de um problema
	eecl4	O escape através do lazer foi uma maneira de gerir o stress	eecl4	O escape através do turismo foi uma maneira de gerir o stress
	eecl9	O lazer foi um meio importante para me manter ocupado/a	eecl9	O turismo foi um meio importante para me manter ocupado/a
	eecl11	O envolvimento no lazer permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas	eecl11	O envolvimento no turismo permitiu-me ter uma outra perspectiva dos meus problemas
	eecl14	Escapar dos problemas através do lazer permitiu-me enfrentá-los com energia renovada	eecl14	Escapar dos problemas através do turismo permitiu-me enfrentá-los com energia renovada
	eecl17	Fiz uma breve pausa de lazer para lidar com o stress	eecl17	Fiz uma breve pausa de turismo para lidar com o stress
Humor Positivo	eecl1	O lazer fez com que me sentisse melhor	eecl1	O turismo fez com que me sentisse melhor
	eecl6	O lazer fez-me ter sentimentos positivos	eecl6	O turismo fez-me ter sentimentos positivos
	eecl10	Eu mantive uma boa disposição nos tempos de lazer	eecl10	Eu mantive uma boa disposição no contexto do turismo
	eecl12	O meu envolvimento no lazer não me permitiu melhorar o bom humor	-----	-----
	eecl13	O lazer fez-me sentir triste	-----	-----
	eecl16	O lazer ajudou-me a gerir os sentimentos negativos	eecl16	O turismo ajudou-me a gerir os sentimentos negativos